

Riitta-Liisa Mattila

Painonhallinta terveyden edistämisen keinona

Riittääkö tieto, taito ja tahto?

Opinnäytetyö

Kevät 2010

Liiketalouden, yrittäjyyden ja ravitsemisalan yksikkö
Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Liiketalouden, yrittäjyyden ja ravitsemisalan yksikkö
Koulutusohjelma: Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Riitta-Liisa Mattila

Työn nimi: Painonhallinta terveyden edistämisen keinona: Riittääkö tieto, taito ja tahto?

Ohjaaja: Sirpa Nygård

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 55

Liitteiden lukumäärä: 4

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana ylipaino on tullut ongelmaksi koko maailmassa. Yhä nuoremmat kärsivät liikkakiloista. Vaikka energiansaanti on vähentynyt, kokonaisliikunnan määrä on vähentynyt vielä enemmän, ja se johtaa lihomiseen. Muutkin yhteiskunnassa tapahtuneet elintapojen muutokset suosivat kilojen kertymistä. Lihavuus ei siis ole välttämättä pelkästään yksilön oma vika. Ylipaino aiheuttaa monia erilaisia sairauksia, joita voitaisiin välttää jo muutaman kilon laihduttamisella.

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin ihmisten painonhallintakäyttäytymistä kolmen kuukauden kurssin aikana. Seurantakyselyssä tarkasteltiin kurssilaisten omatoimisen painonhallinnan tuloksia. Kurssilaiset olivat kansalaisopiston painonhallintaryhmään vapaaehtoisesti tulleita. 14 naista ja 1 mies kokoontui kerran viikossa kuuntelemaan luentoja painonhallintaan liittyvistä aihealueista. Ryhmässä keskusteltiin ja opittiin toinen toiselta. Pari kertaa käytiin yhteisissä liikuntaharrastuksissa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin lomakekyselyä kurssin alussa, kurssin lopussa ja seurantakyselyä 10 kuukauden kuluttua kurssin alkamisesta. Kysymysten avulla seurattiin painon ja vyötärönympäryksen kehitystä, ruokailu- ja liikuntatottumusten muutoksia sekä asennoitumista elämäntapamuutoksiin. Tulokset määrällisistä asioista analysoitiin kvantitatiivisesti, mutta ilman tilasto-ohjelmia tutkimusjoukon pienuuden tähden. Muut kysymykset käsiteltiin kvalitatiivisesti.

Alkukartoituskyselyyn vastasi 15 henkilöä, loppukyselyyn 12 ja seurantakyselyyn vielä 11 henkilöä. Seurantakyselyyn mennessä 10 kurssilaista oli pudottanut painoaan keskimäärin 4,8 kg. Yksi oli lihonut 2,9 kg. Kaikki olivat ymmärtäneet, että kuuriluonteinen laihdutus ei tuo pysyvää tulosta, vaan elämäntavat täytyy muuttaa pysyvästi painonsa hallitsemiseksi.

Avainsanat: painonhallinta, terveys, elintavat, ennaltaehkäisy

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: Business School, School of Hospitality Management

Degree programme: Hospitality Management

Author: Riitta-Liisa Mattila

Title of thesis: Weight control as a means of health promotion: Is there enough knowledge, skills and will?

Supervisor: Sirpa Nygård

Year: 2010

Number of pages: 55

Number of appendices: 4

Overweight has become a growing phenomenon all over the world during the last two decades. More and more young people are fat. Nowadays we get less energy than before, but we are physically less active, too. There are plenty of factors in our society, that are contributing individuals' overweight. We could avoid many diseases by controlling our weight.

The goal of the thesis was to study the function of a weight control group during 3 months. After 10 months there was a follow-up inquiry. 14 women and 1 man attended a weight control group at the folk high school. We had weight control lectures, 10 times altogether. We discussed our experiences about controlling weight. Two times we exercised physically together.

The members of the functional weight control group filled in questionnaires three times: at the beginning of the course, end of the course and after 10 months from the beginning of the course. We followed our weight, waistline, diet, physical education and attitudes to the lifestyle changes. The quantitative results were analyzed quantitatively but not with any computer programme because there were only a few members in the group. Other questions we analyzed qualitatively.

At the beginning of the course there were 15 people who answered the questions, at the end of the course 12 and the follow-up was answered by 11 people. By the follow-up inquiry 10 member of the group had lost weight average on 4,8 kgs. Only one person had gained 2,9 kgs more weight. All the members of the group had realized that you must change your habits for ever, if you will live slimmer and healthier life.

Keywords: weight control, health, way of living, prevention in advance

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	2
THESIS ABSTRACT.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 SUOMALAISTEN LIHAVUUS ON HUIPUSSAAN 2000-LUVULLA..	8
2.1 Lihavuuden määritelmä.....	8.
2.2 Lihavuuden kehittyminen.....	10
2.3 Ylipaino nyky-yhteiskunnassa.....	11
2.4 Karannut painojuna.....	12
2.4.1 Energiantarve on vähentynyt.....	12
2.4.2 Koulutustaso, elämäntilanne ja tottumukset lihomisen taustalla.....	15
2.5 Lihavuuden periytyvyys.....	17
2.6 Lihavuudesta aiheutuvia kustannuksia yhteiskunnalle.....	18
2.7 Ylipainosta johtuvia fyysisiä sairauksia.....	20
2.7.1 Sydän- ja verisuonitaudit.....	20
2.7.2 Aineenvaihduntasairaudet.....	22
2.7.3 Uniapnea ja keuhkojen toimintahäiriöt.....	24
2.7.4 Maha-suolikanavan sairaudet.....	25
2.7.5 Nivelsairaudet.....	25
2.7.6 Syöpätaudit.....	26
2.7.7 Lihavuus ja kuolleisuus.....	26
2.8 Kansalaisten terveys - yhteiskunnan etu.....	28
2.8.1 Terveiden edistäminen ja kansantautien ehkäisy lainsäädännössä.....	28
2.8.2 Esimerkkejä meneillään olevista toimista lihavuuden haittojen vähentämiseksi.....	29
3 PAINONHALLINTARYHMÄN TOIMINTA JÄRVILAKEUDEN KANSALAISSOPISTOSSA KAUHAVALLA.....	32
3.1 Painonhallintaryhmän sisältö.....	32
3.2 Painonhallintaryhmän muodostuminen.....	34

4 RYHMÄSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET ALKU-, LOPPU- JA SEURANTAKYSELYN PERUSTEELLA.....	35
4.1 Alkukartoituskyselyn tuloksia.....	35
4.2 Loppu- ja seurantakyselyyn mennessä tapahtuneet muutokset.....	39
4.3 Painonhallintaryhmä esimerkkinä painon hallinnassa.....	46
5 POHDINTAA NORMAALIPAINON MAHDOLLISUUKSISTA NYKYPÄIVÄNÄ.....	49
LÄHTEET.....	53
LIITE 1: Alkukartoituskysely.	
LIITE 2: Loppukysely painonhallintaryhmän päättyessä	
LIITE 3: Pieni yhteenveto.	
LIITE 4: Seurantakysely 10 kk:n kuluttua ryhmän aloittamisesta.	

1 JOHDANTO

Suomessa ja yleensä länsimaissa ihmisten painokäyrä on ollut huomattavassa noususuunnassa parin viime vuosikymmenen aikana. Mustajoen (2007, 11) mukaan siihen on suurimpana syynä elintavoistamme johtuva energiankulutuksen raju vähentyminen. Ylipainoinen ihminen kokee painostaan johtuvat hankaluudet henkilökohtaisesti, mutta liiallinen paino on myös kollektiivinen ongelma. Ylipaino aiheuttaa yhteiskunnalle kustannuksia erilaisina sairauksina. Ylipainon suurimpana haittana onkin juuri terveyden huononeminen.

Lihavuustutkimuksen ja painonhallinnan asiantuntija professori Pertti Mustajoki oli viikolla 40/2009 puhumassa Seinäjoella Tartu tilaisuuteen, ota tavaksi! – painonhallintakiertueen tilaisuudessa. Kiertue on osa Kunnossa kaiken ikää – ohjelmaa, jolla yli 40-vuotiaita innostetaan säännölliseen liikkumiseen. Mustajoki sanoo, että ylipainon vähentäminen pienentää todennäköisyyttä sairastua esimerkiksi verenpainetautiin tai kakkostyypin diabetekseen. Niistä voi joissakin tapauksissa parantua laihduttamalla tai oireet voivat lieventyä. Mustajoella itselläänkin on perin inhimillisiä piirteitä. Lenkkimakkara ja suklaa ovat olleet hänen kompastuskivinänsä. Nyt hänellä on kuitenkin vain 73 kiloa 181 senttimetrissä. Mustajoki pitää tavallisesta perusruoasta kuten muusista ja lihapullista. Viime aikoina hän on suosinut keittoja niiden vesipitoisuuden takia. Hyötyliikunnasta on tullut hänelle intohimo. Mustajoki muistuttaa lautasmallin neroudesta, jossa kasviksilla ikään kuin laimennetaan aterian kaloripitoisuutta. (Ahvenniemi 2009, 2.)

Tämän päivän ihmisellä on käytettävissään tietoa enemmän kuin koskaan terveellisistä ruokatottumuksista ja liikunnan merkityksestä painonhallinnassa ja yleensä terveyden edistämisessä. Naistenlehdet pursuavat erilaisia laihdutusvinkkejä. Kaupasta saa kevyttuotteita kaloripitoisempien ruokien sijaan. Markkinoille tulee toinen toistaan parempia pillereitä tai ihmelaitteita,

joilla pitäisi laihtua hikoilematta ja nälkää näkemättä. Henkilövaat näyttävät punnittavan rasvaprosentin ja kaiken muun oleellisen tiedon. On syke- ja matkamittareita. Liikuntaa varten on kehitetty älykkäitä vaatteita ja kenkiä. Kaikki mahdollinen on saatavilla kunnon kohottamiseen ja kevyeen syömiseen. Mutta tämä yhtälö ei jostain syystä toimi.

Halusin itse tarkastella niitä syitä, jotka estävät ylipainon karistamisen pysyvästi. Hankkiuduin kansalaisopistoon painonhallintaryhmän vetäjäksi. Pidin 10 kerran kurssin, johon kokoonnuttiin viikoittain, ja lisäksi oli pari yhteistä liikuntatuokiota. Kurssille hakeutui ennakko-oletusteni mukaan lähinnä keski-ikäisiä naisia. Suurimmalla osalla oli takanaan useita laihdutusyrityksiä, laihdutus saattoi onnistua hyvinkin, mutta kilot olivat tulleet takaisin. Kurssin alussa ja lopussa tein kyselyn, sekä seurantakyselyn muutaman kuukauden kuluttua kurssin päättymisestä. Alussa pidettiin ruokapäiväkirjaa 3 - 7 päivän ajan. Oma painonhallintahistoria oli myös tarkoitus kirjoittaa, mutta useimmilta se jäi tekemättä. Kirjallisiin töihin kurssilaiset eivät olleet kovin innostuneita. Ryhmässä oli yhteensä 15 henkilöä. Kurssin ohjelma oli suunniteltu parityönä kehittämistehtävänä, ja joka kerralla oli oma aiheensa. Esitin teorian tietoa Power Point -dioina. Jokaisella kokoontumiskerralla keskusteltiin ja kerrottiin painonhallintakuulumisia. Tarkoituksenani oli motivoida painonhallinnan opettelemiseen, eikä niinkään saada kiloja pudotetuksi nopeasti. Kilot alkoivat kyllä mennä alaspäin hitaasti, mutta kaikille se ei riitä. Tuloksia pitäisi saada nopeasti tai innostus loppuu lyhyeen.

2 SUOMALAISTEN LIHAVUUS ON HUIPUSSAAN 2000-LUVULLA

2.1 Lihavuuden määritelmä

Lihavalla ihmisellä rasvakudoksen osuus on suurentunut elimistössä. Rasvakudoksen mittaamiseen on mahdollista käyttää erilaisia menetelmiä, mutta käytännöllisin on kehon painoindeksin laskeminen. Painoindeksien viiterajat on tarkoitettu mittaamaan pääasiassa 20 – 60-vuotiaita aikuisia. BMI eli body mass index saadaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Mittayksiköinä käytetään kiloja ja metrejä. Esimerkiksi otetaan 170 cm pitkä henkilö, joka painaa 70 kg. $70 : 1,7 * 1,7 = 24,2$ eli painoindeksi on 24,2. Henkilö ei ole ylipainoinen, sillä painoindeksi ei yllä 25:een. Ihannepainoksi katsotaan vaihteluväli painoindeksillä 18,5 – 24,9. Esimerkkihenkilön paino voi vaihdella välillä 53,5 – 72 kg riippuen sukupuolesta, iästä, rodusta, ruumiinrakenteesta ja perinnöllisistä tekijöistä. Jos painoindeksi on enemmän kuin 25, mutta alle 30, on kysymyksessä lievä lihavuus. Jo sillä painoindeksillä suurenee lihavuuteen liittyvien kroonisten sairauksien vaara. Elintapoja terveellisemmiksi muuttamalla riskiä voidaan pienentää. Mustajoen ja Leinon (2002, 11) mukaan välttämättä ei tarvita edes painon pudottamista, jollei liikapaino ole kertynyt keskivartaloon. Painoindeksin kivutessa yli 30 on kysymyksessä merkittävä lihavuus. Sairastuvuusriski ja myös kuolleisuusriski ovat suurentuneet. Vaikean lihavuuden raja-arvoiksi on määritetty 35,0 – 39,9. Silloin on syytä laihduttaa 10 – 20 % kehon painosta, jos aikoo välttyä sairastumiselta tai ennenaikaiselta kuolemalta. Sairaalloisessa lihavuudessa painoindeksi on 40 tai enemmän. 170 cm pitkä henkilö painaa silloin vähintään 116 kg. Riskit sen kuin vain kasvavat, mitä lihavampi ihminen on. Tämän painoisen henkilön on erittäin hyödyllistä päästä eroon vähintään 10 - 15 kilosta. (Uusitupa & Fogelholm 2007, 278.)

Ei ole lainkaan yhdentekevää, missä painoindeksin mukainen ylimääräinen rasvakudos sijaitsee. Vyötärön seudulle kertyvä rasva on aineenvaihdunnallisesti erityisen haitallista. Sisäelinten väliin vatsaonteloon kertyvä rasva häiritsee sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaa, sekä on valtimokovettumatautien vaaratekijä. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan myös ihonalainen liikarasva on haitallista kertyessään keskivartalolle. Keskivartalolihavuudesta käytetään myös nimitystä omenalihavuus. Se on yleisempää miehillä kuin naisilla. Naisille tyypillisessä päärynälihavuudessa rasva kertyy reisiin ja lantiolle, eikä ole niin vaarallista kuin keskivartalolihavuus. Niinpä yhdeksi lihavuuden terveysriskien osoittimeksi on otettu vyötärön ympäryksen mittaaminen. (Uusitupa & Fogelholm 2007, 279.) Mittaus tehdään seisaaltaan. Mittanauha pidetään vaakasuorassa suunnilleen navan korkeudella. Sormilla voi tunnustella kylkiluun alaosa ja lonkkaluun yläosa. Luiden väliin jää pehmeä alue, jonka puoliväliin mittanauha asetetaan. Tärkeää on mitata joka kerta samasta kohdasta, jotta nähdään, onko tulos muuttunut. Tulos luetaan normaalin uloshengityksen lopussa. Varsinkin lievässä lihavuudessa vyötärön mittaaminen on tärkeää, sillä jos liika rasva on jakautunut tasaisesti eri puolille kehoa, terveysriskit ovat pienet. Riskirajoista on hieman erilaisia tulkintoja. Suomessa on päädytty pyöristämään rajat 10 cm:n tarkkuudelle. Naisille suositellaan alle 80 cm:n vyötärön ympärystä. Riski on lievä, jos vyötärö on välillä 80 – 90 cm. Huomattava riski on yli 90 cm:n vyötärön omistavilla. Miesten rajat ovat 10 cm enemmän. (Uusitupa & Fogelholm 2007, 280.)

Omena- ja päärynälihavuutta voidaan arvioida vyötärön ja lantion ympärysmittojen suhteella. Vyötärö mitataan tavalliseen tapaan. Lantion ympärysmitta otetaan reisiluun suurten sarvennoisten eli uloimpana tuntuvien luiden kohdalta. Vyötärön ympärysmitta jaetaan lantion ympärysmitalla, jolloin tulokseksi saadaan vyötärö-lantiosuhde. Terveiden kannalta miesten lukema ei saisi olla yli 1,0 ja naisten 0,85. Erityisesti päärynälihavilla henkilöillä vyötärö-lantiosuhde voi laihdutuksen jälkeen jopa suurentua, joten vyötärön ympäryksen mittaaminen on parempi sairastuvuusriskin osoitin kuin vyötärö-lantiosuhde. (Uusitupa & Fogelholm 2007, 280.)

2.2 Lihavuuden kehittyminen

Ylipainoisuutta on esiintynyt aina ihmiskunnassa, ennen tosin paljon pienemmässä määrin kuin nykyään. Vielä nytkin luonnonvaraiset kansat ovat huomattavasti kehittyneissä maissa asuvia lajitovereitaan hoikempia. Metsästäys- ja keräilytalouden aikana liikunta oli runsasta ja energiankulutus sen mukaista. Ruoasta saatava energiamäärä ei kohonnut korkeaksi sen vähärasvaisuuden ja kuitupitoisuuden vuoksi. Myös vuodenaika vaikutti ruoan määrään. Silloin kun ruokaa oli tarjolla, täytyi syödä varastoon. Ihmiskehon kyky varastoida rasvana ravinnon ylimääräinen energia oli muinoin hengissä säilymisen edellytys ja terveyttä ylläpitävä ominaisuus. (Hakala 2000, 17 - 18.) Nykyihmisen rakenne ei ole juurikaan muuttunut kymmenientuhansien vuosien aikana, mutta aivojen toiminnassa on tapahtunut paljon. Kielen, ajattelun ja oppimiskyvyn ansiosta ihminen on pystynyt levittäytymään koko maailmaan. Ihminen ei tyytynyt pelkästään sopeutumaan, vaan hän myös muokkasi asuinympäristöään itselleen sopivammaksi. Näin syntyi monimutkainen nykysivilisaatio, sekä hyvässä että pahassa. (Mannonen 2008, 23.) Hakalan (2000, 17) mukaan esi-isiemme liikuntatavat ja ruokavalio olivat sellaisia, jotka sopisivat vielä meillekin luontaisina ja terveyden kannalta edullisina.

Meille tämän päivän ihmisille on annettu ravitsemussuosituksia, koska emme muuten tiedä, kuinka pitäisi syödä. Muinaisina aikoina elinympäristö on asettanut rajat, joissa on joko selviydytty tai kuoltu pois. Ei ole ollut olemassa muita ruokavalio-ohjeita kuin mitä luonto on ympärillä tarjonnut. Ihmiselle on kelvannut kaikki, mistä elimistö on energiaa saanut. Siinä ovat maistuneet juuret, marjat, hedelmät, pähkinät ja siemenet. Ei ole hyljeksitty hyönteisiä, toukkia, kotiloita, leviä, simpukoita eikä haaskoja. On metsästetty ja kalastettu. Joskus on ruoka loppunut niin täysin, että on kuollut kokonaisia heimoja. Maatalouden kehityttyä noin 10 000 vuotta sitten tuli jonkinlainen ruokaturva mahdolliseksi. Vielä 1800-luvun loppupuolella oli suuri nälänhätä Suomessakin.

Ihmisen elimistö on satojen tuhansien vuosien ajan hioutunut selviämään ravinnon niukkuudesta. ”Juuri kulttuurin ja biologian yhteentörmäys näkyy vauraiden kansakuntien vyötäröllä.” (Mannonen 2008, 23 – 24.)

2.3 Ylipaino nyky-yhteiskunnassa

Viimeiset 10 vuotta ovat olleet maapallolla sellaista aikaa, että väestöstä suurempi osa on liikapainoisia kuin alipainoisia. Teollistuneissa maissa ylipaino on ollut ongelmana jo pidempään, mutta nyt elintapojen muutokset ovat alkaneet lihottaa myös kehitysmaiden asukkaita. Suomalaisten painoindeksi on lähellä eurooppalaista keskiarvoa. Britit ja eteläeurooppalaiset ovat vielä meitäkin tuhdimpia. Muissa Pohjoismaissa tosin ollaan meitä hoikempia. (Mannonen 2008, 21.) Vaikka taloudellisesti kehittyneissä maissa yleensä yli puolet aikuisväestöstä on ylipainoisia tai lihavia, OECD-maista Japani ja Korea muodostavat poikkeuksen samoin kuin Euroopassa Ranska ja Sveitsi. Lihavien määrä vaihtelee suuresti eri maissa, Korean ja Japanin 4 %:sta USA:n ja Meksikon 30 %:iin. (OECD Factbook 2009:obesity, 2009.)

Tilastokeskuksen ja valtioneuvoston kanslian toteuttamassa juuri avatussa Findikaattori-verkkopalvelussa todetaan, että lihavien osuus 25 – 64-vuotiaasta väestöstä on kasvanut. Painoindeksin 30 ylittävien osuus on kasvanut jatkuvasti 1980-luvun lopusta lähtien. Kasvu on vain kiihtynyt 2000-luvulla. Naisia lihavista on ollut pienempi osa kuin miehiä, mutta nyt naistenkin lihomistahti on saavuttanut miehet. Vuonna 2008 työikäisistä miehistä 17 prosentilla ja naisista 18 prosentilla painoindeksi oli vähintään 30. (Findikaattori, 2009.) Uusituvan (2007, 371) mukaan viimeaikaiset suomalaiset tutkimukset osoittavat peräti 63 % miehistä ja 49 % naisista olevan lievästi ylipainoisia eli painoindeksi on yli 25. Tutkittavat olivat 30 – 59-vuotiaita.

Paino nousee nuorella aikuisiällä jyrkästi ja sen jälkeen painon nousu hidastuu. Eläkeiässä varsinkin miesten lihavuus tulee harvinaisemmaksi. Lihavat miehet ovat todennäköisesti kuolleet erilaisiin lihavuuden aiheuttamiin liitännäissairauksiin. Painoindeksiin vaikuttavat sekä lihaskudoksen että rasvakudoksen määrä kehossa. Iäkkäiden lihaskudos pienentyy yleensä iän

mukana. Tällöin painoindeksi ei kerro totuutta rasvan määrästä kehossa. Vyötärönympäryksen mittauksella lihavuuden yleisyys ei siten vähenekään samassa suhteessa kuin painoindeksin perusteella voisi päätellä. (Rissanen & Fogelholm 2006, 16 – 17.)

2.4 Karannut painojuna

Australialaiset lihavuustutkijat Boyd Swinburn ja Garry Egger ovat osuvasti rinnastaneet elintasomaiden lihavuusepidemian karanneeseen junaan. Juna vierii alamäkeen, ja sillä kuvataan elinympäristömme lihottavuutta. Lihottava ympäristö käsittää kaikki nykyiseen länsimaiseen kulttuuriin ja elämäntapaan liittyvät ilmiöt, jotka vaikuttavat ihmisten energiatasapainoon. Junan perässä oleva jarrupyörä pyrkii saamaan karanneen junan hallintaan. Jarrupyörä kuvaa niitä yhteiskunnassa olevia tekijöitä, jotka hillitsevät painonnousua. Yleinen suhtautuminen lihavuuteen on yksi jarru. Ylipainon tiedetään aiheuttavan sairauksia, ja hoikkaa vartaloa pidetään kauniimpana ja tavoitellumpana kuin lihavaa. Toinen jarru on ylipainosta johtuvat arkielämän hankaluudet, joiden takia kukaan ei haluaisi erityisesti olla lihava. (Mustajoki 2007, 8, 10.)

Junassa on myös menoa kiihdyttäviä vauhtipyöriä. Ylipainosta johtuvat nivelvaivat ja muut sairaudet estävät tarpeellisen liikunnan. Kun liikkuminen vähenee, lihominen lisääntyy entisestään. Joillekin ihmisille lihavuudesta on tullut niin suuri henkinen taakka, että se masentaa ja tekee toimintakyvyttömäksi. Osa ylipainoisista on jäänyt dieettikierteeseen. Joka vuosi aloitetaan uusi muotidieetti, jota toteutetaan jonkin aikaa ja lihotaan sitten uudelleen. Swinburn ja Egger pitävät vauhtipyöränä myös matalaa koulutustasoa ja siihen liittyvää heikkoa taloudellista asemaa. (Mustajoki 2007, 9.)

2.4.1 Energiantarve on vähentynyt

Erinäisistä seikoista johtuen ympäristömme on muuttunut lihottavaksi. Yksi tärkeimpiä syitä on elintavoistamme johtuva vähentynyt energiantarve. Suomessa ei ole tutkittu lihavuutta pitkäaikaisesti, mutta vuonna 1908 on julkaistu yksi väitöskirja suomalaisen maaseutuväestön ravinnosta. Sen perusteella tiedämme, että keskivertomies sai ravinnosta 3970 kcal ja nainen 2723 kcal. Jonkinlaisen käsityksen energiankulutuksen muutoksesta saa, kun energia muutetaan liikunnaksi. 80-kiloinen mies saisi kävellä reippaasti joka päivä 5 tuntia, ennen kuin energiaerotus tulisi kulutetuksi. 65-kiloinen nainen saisi kävellä 4 tuntia. (Mustajoki 2007, 10 - 11.)

Istuva elämäntapa. Ihmisen aivojen kehittyminen on tehnyt mahdolliseksi teknisen kehittymisen. Koneellistuminen alkoi teollisuudesta, mutta on vähitellen levinnyt kattamaan kaiken elämisen alueen. Ensin koneita käytettiin raskaimpiin töihin ja lähinnä ansiotyössä. Metsätyömies ja maanviljelijä istuvat nyt ajokkiensa ohjaamoissa välttämällä fyysistä työtä. Yhteiskunnan vaurastuessa myös kotitaloudet on koneistettu. Ennen niin raskas pyykinpesu hoituu melkein napin painalluksella. Pyykkiä ei välttämättä tarvitse ripustaa kuivumaankaan, riittää kun siirtää vaatemytyt kuivausrumpuun. Ruoanvalmistuksen voi hoitaa valmisruoka-annoksen lämmittämällä mikroaaltouunissa. Illan kävelylenkiksi riittää ruokapöydästä sohvalle siirtyminen, ja television voi avata kaukosäätimellä. Lasten ei tarvitse lähteä kylälle toisiaan tapaamaan, sillä sosiaaliset suhteet voi hoitaa mesessä tai näpyttelemällä tekstiviestejä kännykällä. Ihmisten liikkumisessa paikasta toiseen on tapahtunut suuria muutoksia. Etenkin henkilöautojen lisääntyminen on vähentänyt omien jalkojen käyttöä. Muutoksen suuruus tulee esiin henkilöautojen määrän lisääntymisessä. Nyt autoja on 2,5 miljoonaa, kun niitä vuonna 1950 oli vain 27 000. Eli määrä on liki satakertaistunut! (Mustajoki 2007,11.) Liikkumattomuuteen tottuu todella nopeasti, sillä laiskuus eli tarpeettoman energiankulutuksen välttäminen on luonnonmukaista (Mannonen 2008, 33).

Muutokset ruokatottumuksissa. Finravinto 2007 –tutkimuksen perusteella voidaan todeta suomalaisten aikuisten ravintotottumusten kehittyneen hyvään suuntaan. Silti energiaravintoaineiden saannin keskinäiset suhteet eivät ole vielä suositusten mukaiset, hiilihydraattien osuutta pitäisi lisätä. Vähärasvaisia

ja rasvattomia maitovalmisteita, kasviöljyjä ja pehmeitä kasvirasvaveitteitä osataan jo käyttää. Kovia rasvoja saadaan kuitenkin liikaa etenkin piilorasvana. Huomiota tulisi kiinnittää liharuokien, juustojen, jäätelön, jogurttien ja leivonnaisten rasvoihin. Kuidun määrässä olisi lisäämisen varaa, se korjaantuisi kasvikunnan tuotteiden runsaammalla käytöllä, johon kuuluu myös kokojyvävilja. Makeiset ja sokeroidut juomat maistuvat ikävä kyllä aiempaa paremmin, niistä tulee liikaa sakkaroosia ruokavalioomme. Vitamiineja ja kivennäisaineita saadaan muuten riittävästi, mutta D-vitamiinia ja folaattia voisimme saada enemmän. Joillakin naisilla myös raudan saanti on liian vähäistä tarpeeseen nähden. (Finravinto 2007.) Eri puolilla maailmaa tehdyt tutkimukset vitamiinien ja kivennäisaineiden puutosten suhteesta lihavuuteen ovat saaneet huomiota. Tämä suhde on havaittu sekä teollistuneissa että kehittyvissä maissa. Lisätutkimuksia on kuitenkin tehtävä, jotta saataisiin varmistetuksi, onko vitamiinien puutos syy lihomiseen vai onko lihottu siksi, että on syöty ns. roskaruokaa. (Garsia, Long & Rosado, 2009.) Alkoholin kulutus on lisääntynyt 1990-luvulla eurooppalaiseen suuntaan eli mietoihin juomiin. Vuonna 2004 alkoholiveron alennus innosti suomalaiset käyttämään uudelleen väkeviä alkoholijuomia. Ruokatottumusten muutokset ovat vähentäneet energian saantia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9.)

Terveellisiä ruokatottumuksia olisi helpompi noudattaa, jos kaikki ruokailu tapahtuisi ruokapöydän ääressä tiettyinä ateria-aikoina. Mutta ”me vaellamme kuin nomadit pois päivällispöydästä, jonka ympärillä olemme istuneet perheen ja ystävien kanssa, kohti sellaista kulttuuria, jossa hotkaistaan jotain matkalla työhön, salille, kotiin tai minne tahansa” (Oskarsson 2006, 20). Samalla markkinoille on tullut hurja valikoima entistä houkuttelevampia ruokia, joita myös myydään ja markkinoidaan aktiivisesti. Globalisaation edetessä valikoima on entisestään laajentunut. Painonhallinnan kannalta nykytilanne on vaikeutunut. Ei riitä, että valikoimaa on jo liikaakin, liikaa on myös yksittäisessä pakkauksessa. Pakkaus- ja annoskokojen kasvu lisää väistämättä kulutusta. Emme enää hahmota, mikä on normaalikokoista. Pikaruokien yleistymisen on johtanut sekä ruoan kokonaismäärän kasvuun että syömiskertojen lisääntymiseen. Helposti sokeristuvat kuiduttomat ruoka-aineet nostavat

verensokerin äkkiä, mutta myös lasku tapahtuu nopeasti. Syömisen normaali säätely häiriintyy. (Mannonen 2008, 32 – 33.)

2.4.2 Koulutustaso ja elämäntilanne sekä tottumukset lihomisen taustalla

Koulutustaso. Kaikissa länsimaissa on tehty samanlainen havainto vähäisen koulutustason ja lihavuuden välisestä yhteydestä. Suomalaisessa tutkimuksessa tutkittavat jaettiin kolmeen ryhmään koulutusvuosiensa perusteella. Seurantajaksolla pitkän koulutuksen saaneilla naisilla oli tullut vyötärölihavuutta 20 prosentille, vähän koulutetuille 34 prosentille. Miehillä ilmiö ei näkynyt yhtä voimakkaana, mutta eroa oli silti. Hyvin koulutetuilla on todennäköisesti paremmat mahdollisuudet hankkia tietoa ja osaamista, jolla pitää painonsa kurissa. Paremmat ansiot mahdollistavat monipuolisemmat ruokavalinnat. Hyvin koulutetuilla sosiaaliset paineet voivat olla suuremmat normaalipainon säilyttämiseksi. Varsinkin lihavien naisten on vaikeampi saada työpaikkoja kuin hoikempien sisariensa. (Mustajoki, 2007, 15.) Ammattiasemalla on liikapainoon paljon epäjohdonmukaisempi yhteys kuin koulutuksella. Tutkimuksissa on myös todettu, että liikapaino teini-iässä ennustaa lyhyempää koulutusta ja pienempiä tuloja. Tähän ei vaikuta edes sosioekonominen asema tai älykkyystestitulot. (Rissanen & Fogelholm 2006, 20.)

Perhetilanne. Ihmiset eivät yleensä liho huomaamatta ja tasaisesti vuodesta toiseen, vaan painoa kertyy tietyissä elämäntilanteissa hyppäyksittäin. Eräs lihomisriskin vaihe on avioliiton solmiminen. Vuonna 1989 julkaistussa tutkimuksessa hiljan avioituneilla oli kaksinkertainen riski lihoa viisi kiloa viidessä vuodessa. (Mustajoki 2007, 15.) Tähän vaikuttaa luultavasti siirtyminen nuorten vauhdikkaasta elämäntyylistä oman pesän lämpöön nauttimaan

hyvästä ruoasta ja puolison seurasta. Rissanen ja Fogelholm (2006, 20) ihmettelevät, että jostakin syystä lesket ovat parisuhteessa eläviä lihavampia.

Raskaus. Terveellä ensisynnyttäjällä painonnousu raskauden aikana on keskimäärin 12,5 kg. Eniten paino nousee niillä naisilla, joiden lähtöpaino on 60 – 68 kg. Tätä kevyemmillä ja myös painavammilla paino nousee yleensä vähemmän. Huomattavasti ylipainoisten naisten paino saattaa jopa laskea. Uudelleensynnyttäjien paino nousee kilon verran vähemmän kuin ensisynnyttäjien johtuen korkeammasta lähtöpainosta. Kaksi kolmasosaa äidin painon lisääntymisestä johtuu sikiön, istukan ja kohdun kasvusta ja lapsivedestä. Yksi kolmasosa eli noin 3 – 3,5 kg johtuu äidin rasvakudoksen lisääntymisestä lähinnä lantion alueelle. Muualla vartalossa ihonalainen rasva saattaa jopa vähetä 30. raskausviikolta lähtien. Eli siihen asti kerätään rasvavarastoja, joita sitten aletaan tyhjentää sikiön nopeimman kasvukauden ja imetyksen aikana. (Erkkola 2007, 325 – 326.) Imetyksen aikana äidiltä pitäisi normaalisti lähteä raskauden aikana tullut ylipaino. Näin ei kuitenkaan aina käy. On saatettu nimenomaan lihoa raskauden aikana. Ruokamieltymykset ovat voineet aiheuttaa ylenmääräistä energian saantia. Kiusaus on syödä kahden edestä, vaikka sikiö ottaa oman osuutensa ravinnosta, eikä sen puolesta tarvitse tankata ylimääräistä. Painon muutokset vaihtelevat naisilla yli 10 kilon laihtumisesta lähes 30 kilon painonnousuun. (Mustajoki 2007, 17.)

Lomamatka. Terveet elämäntavat unohtuvat helposti lomilla ja lomamatkoilla (Manninen 2005, 144). Päiväohjelma on niin erilainen kuin kotioloissa, jottei normaalia ateriatymistä voi pitää kiinni. Pikkunälkään tulee helposti hotkaistua rasvaisia ja sokerisia välipaloja. Kuumina kesäpäivinä kuluu kaloripitoisia janojuomia. Myös alkoholin käyttö saattaa loma-aikoina lisääntyä. Mustajoen (2007, 16) mukaan paino nousee lomilla sitä enemmän, mitä lihavampi ihminen jo muutenkin on.

Tupakointi. Painon ja tupakoinnin välisiä yhteyksiä on tutkittu runsaasti. Tupakoimattomat samanpituiset henkilöt ovat keskimäärin 3 kiloa painavampia kuin säännöllisesti tupakoivat. Kun tupakoinnin lopettaa, paino nousee kolmisen kiloa. Joillakin paino saattaa nousta tupakoinnin lopettamisen jälkeen 10 kiloa,

toisilla se ei nouse lainkaan. Eli tässäkin painonnousu on yksilöllistä. (Mustajoki 1999, 63.) Kansaneläkelaitoksen Autoklinikan seurantatutkimuksessa naisten painon nousuksi saatiin keskimäärin 1,5 kiloa ja miesten 2,5 kiloa tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Tämän tutkimuksen mukaan tupakoimattomat eivät ole sen lihavampia kuin tupakoivatkaan eli painonnousu ei ole välttämättä pysyvää. (Rissanen & Fogelholm 2006, 19 – 20.) Nikotiini vaikuttaa elimistöön siten, että lepoenergiankulutus lisääntyy 6 prosentilla. Jos tupakoinnin lopettaa, lepoenergiankulutus pienenee saman verran, jolloin energiantarve vähenee 70 kcal päivässä. Tämän seurauksena paino nousee noin 2 kiloa, mikäli elintavat muuten pysyvät ennallaan. Kun tupakoinnin lopettaa, sen tilalle voi tulla muita tottumuksia kuten napostelua, joka lihottaa vielä lisää. Haju- ja makuaisti paranevat, mikä voi johtaa ruokahalun kasvuun. Tupakoinnin lopettamista koskevaan hoitosuositukseen koottiin kaikki saatavilla oleva tieto siihen liittyvästä painon noususta. Paino nousee 80 prosentilla tupakoinnin lopettajista. Vuoden kuluessa miesten paino nousee 2,8 ja naisilla 3,8 kg. Vaihtelu on erittäin suurta. Nikotiinivalmisteilla ei ole painon nousua estävää vaikutusta. (Mustajoki 2007, 16.) Yhteenvedona edellisestä voidaan siis todeta, että on yksilöllistä miten paino nousee tupakoinnin lopettamisen jälkeen, jos nousee. Tärkeintä on varautua tekemään jotain tupakanpolton sijaistoimintona. Se ei saisi liittyä mitenkään syömiseen, mikäli haluaa pysyä ylimääräisistä kiloista erossa.

Nukkuminen ja paino. Vähän nukkuvilla ihmisillä lihavuus on yleisempää kuin normaalin yöunen nukkuvilla. Nukkuessaan ihminen kuluttaa kuitenkin vähemmän energiaa kuin valveilla ollessaan, joten asian voisi kuvitella olevan päinvastoin. Sveitsiläisessä tutkimuksessa 500 henkilöä oli 13 vuoden ajan seurannassa. Kun tutkimus alkoi, tutkittavat olivat 27-vuotiaita ja tutkimuksen päättyessä 40-vuotiaita. Heidät tutkittiin aina 3 vuoden välein. 40-vuotiaina koehenkilöiden keskimääräiset unenpituudet laskettiin. Tulokseksi saatiin, että mitä lyhyempi yöuni koehenkilöllä oli, sitä korkeampi oli painoindeksi. Lyhyt yöuni aiheuttaa elimistössä hormonaalisia ja aineenvaihdunnan muutoksia, joilla ajatellaan olevan tekemistä lihomistaipumuksen kanssa. (Mustajoki 2007, 17 – 18.)

2.5 Lihavuuden periytyvyys

Normaalipainoisten kuulee joskus sanovan, miksi joku on päästänyt itsensä lihomään noin muodottomaksi, tekisi asialle jotakin. Jos sanojalle painonhallinta on näin helppoa, hän saa olla tyytyväinen. Kaikille se ei sitä ole. Ihmisillä on erilaiset mahdollisuudet hallita painoaan riippuen mm. koulutuseroista, lapsuuden kokemuksista ja perimästä. Kaikki eivät siis lähde samalta viivalta, vaan takariviläiset joutuvat huhkimaan enemmän normaalipainonsa eteen. (Mustajoki 2007, 22.)

Yleisimmin ihmisen lihavuus on usean eri geenin ja monien ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksen tulos. Joissakin harvoissa tapauksissa on kyse yhden geenin virheestä, jolle on tunnusomaista vaikea-asteinen lihavuus jo lapsena. Joillakin ihmisillä lihavuus on vahvasti geneettinen eli perinnöllinen. (Uusitupa 2007, 378.) Suomalaisten naisten painoindeksin perinnöllisyyden on tutkittu olevan noin 78 % ja miesten 74 %. Samalla ruoalla joku voi lihoa ja joku toinen pysyä normaalipainoisena. Geenien vaikutus ulottuu myös elintapoihin. Lihavuuteen liittyvät geenilöydökset ovat olleet hyvin vähäisiä, mutta hiljakkoin on löydetty painonvaihteluun kytkeytyvä FTO-geenin (fat mass and obesity associated) haitallinen muoto, joka vaikuttaa energia-aineenvaihduntaan. Koska jokaisen yksilön geenit ovat erilaisia, ympäristön ja perimän vaikutusta on vaikea selvittää. FinnTwin16-tutkimus tarkasteli identtisten ja epäidenttisten kaksosparien avulla perimän vaikutusta lihavuuden syntyyn. Yleensä identtiset kaksoset painavatkin saman verran. Jos painoa on eri määrät, painonvaihtelun syy ei ole alun perin geeneissä. Helsingin yliopiston 650 kaksosparin aineistosta löytyi vain 18 eripainoista kaksosparia. Kaksosten geenit voivat toimia eri aktiivisuudella huolimatta samasta geeniperimästä. Kun eripainoisten identtisten kaksosten geenejä luettiin, niin selvisi, että lihavilla kaksosilla solun energiantuotannosta vastaavien mitokondrioiden energiantuotantoreitit ja aminohappoaineenvaihduntareitit ovatkin lihavuuden synnyssä suuressa osassa. Myös insuliiniherkkyys ja maksan rasvoittuminen kuuluvat tähän.

Geeniensä vankina ei tarvitse kuitenkaan olla, sillä tutkimuksin on osoitettu, että runsas liikkuminen kumoaa geenien vaikutuksen. (Pietiläinen 2009, 12 - 13.)

2.6 Lihavuudesta aiheutuvia kustannuksia yhteiskunnalle

Eri maissa on tehty tutkimuksia, joiden mukaan lihavuudesta aiheutuu suoria kustannuksia terveydenhuollon kokonaismenoista 2 – 7 %. Työkyvyttömyydestä ja muusta toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvat menetykset ovat vieläkin suurempia. Vuonna 2005 pidetyssä konsensuskokouksessa Markku Pekurinen STAKES:sta arvioi lihavuuden aiheuttamia terveystmenoja ja sosiaaliturvan kuluja. Arvion perustana olivat laskelmat syyosuudesta pitkäaikaissairauksiin mm. kakkostyypin diabetekseen, aivoverenkiertohäiriöihin, rintasyöpään ja paksusuolisyöpään. (Rissanen & Fogelholm 2006, 22.)

TAULUKKO 1. Arvioita lihavuuden aiheuttamista kuluista Suomessa v. 2004. (Pekurinen, M., 2005)

Potilaita vuodeosastohoidossa	16 300
Hoitopäiviä vuodeosastolla	305 000
Vuodeosastojen hoitopäivien menot	86 milj. euroa
Poliklinikkahoidot	7 milj. euroa
Lääkemenot	48 milj. euroa
Työkyvyttömyyseläkkeellä	4700 henkilöä
Työkyvyttömyyseläkkeet	58 milj. euroa
Sairauspäiviä	330 000 päivää
Sairauspäivärahakorvaukset	11 milj. euroa

Lihavuuden aiheuttamiksi terveismenoiksi vuonna 2004 arvioitiin yhteensä runsaat 210 miljoonaa euroa ja sosiaaliturvan menoiksi vajaat 70 miljoonaa euroa. Summat ovat suuntaa antavia arvioita, eikä tarkkoja lukuja voida millään laskea. Vertailun vuoksi voi kertoa, että tupakointi sitoo sairaalapaikkoja 20 % vähemmän kuin lihavuus. Selityksenä on mm. tupakoinnista johtuva runsas ennenaikainen kuolleisuus. (Rissanen & Fogelholm 2006, 21 – 22.)

Rissanen ja Fogelholmin (2006, 22) mukaan lihavuuden tehokas hoito torjui enimmäns osan lihavuuden haitoista. Heidän mielestään se on mittava haaste Suomen terveydenhuollolle, jonka pitäisi laihtuttamalla saada maamme monta sataa tuhatta ylipainoista diabeetikkoa tai korkeasta verenpaineesta kärsivää kuntoon. Silloin terveydenhuollosta vapautuisi voimavaroja muuhun käyttöön.

2.7 Ylipainosta johtuvia fyysisiä sairauksia

Uutta luotettavaa tietoa lihavuuden aiheuttamista terveysriskeistä on saatu pitkäaikaisista väestötutkimuksista, joissa on tutkittu eri sairauksien suhdetta kehon painoon, painoindeksiin tai antropometriin mittauksiin. Uusituvan ja Fogelholmin (2007, 276) mukaan antropometrialla tarkoitetaan pituuteen, painoon, ympärysmittoihin, leveysmittoihin ja ihopoimuuihin kohdistuvia mittauksia, joilla on pyrkimys kuvata ihmisen terveydentilaa, varsinkin ali- ja ylipainon sekä kasvua. Erityisesti vyötärön ja lantion ympärysmittien sekä viime vuosina vatsaontelon sisäisen rasvan mittaaminen ovat paljastaneet uutta tietoa eri lihavuustyyppien yhteyksistä kroonisiin sairauksiin. (Uusitupa 2006, 24 – 25.) Ylipainosta johtuvat sairaudet liittyvät aineenvaihduntaan. Vatsaontelon sisäisen rasvakudoksen aineenvaihdunta on haitallisempaa kuin ihonalaisen rasvan. Sen takia sairaudet liittyvät juuri vyötärölihavuuteen. Vuosien kuluessa aineenvaihdunta muuttuu haitallisempaan suuntaan. Lihavuuteen liittyvät aineenvaihdunnan muutokset johtavat sairastumiseen, jos ihmisellä on perinnöllistä taipumusta siihen. Jos perinnöllinen alttius on suuri, sairaus

kehittyy nopeasti. Sairauksia syntyy sitä helpommin, mitä lihavammaksi ihminen tulee. Jos taas ihmisellä ei ole sairauksia aiheuttavia geenejä, hän voi olla terve liHAVANakin. (Mustajoki 2007, 92.)

2.7.1 Sydän- ja verisuonitaudit

Sepelvaltimotauti, aivohalvaus, kohonnut verenpaine ja sydämen vajaatoiminta kuuluvat sydän- ja verisuonitautien sarjaan. Lihavuus muuttaa sepelvaltimotautiin kuuluvia vaaratekijöitä siihen suuntaan, että valtimokovettumatauti uhkaa. Altistus lisääntyy verenpainetaudille ja veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöille. Usein myös plasman insuliinipitoisuus lisääntyy ja syntyy insuliiniresistenssi. Insuliiniresistenssissä insuliinin vaikutus kohdekudoksessa on heikentynyt. Ei ole tiedetty varmasti, aiheuttaako lihavuus sinänsä sepelvaltimotautia, mutta viime vuosina julkaistut tutkimukset vahvistavat käsitystä, että lihavuus lisää sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta. (Uusitupa 2006, 27.)

Lihavuuden ja kohonneen verenpaineen yhteys toisiinsa on tiedetty jo yli 60 vuotta. Monet lihavuuteen liittyvät hemodynaamiset ja hormonaaliset muutokset saattavat olla selityksenä verenpaineen nousuun lihavilla. Hemodynaaminen tarkoittaa jotain veren liikkumiseen liittyvää, sillä hemo- on sama kuin hemato-, joka tarkoittaa yhdyssanoissa vereen kuuluvaa (Nurmi, Rekiaro & Rekiaro 1998, 77). Lihavilla on todettu sydämen lisääntyntä isku- ja veritilavuutta sekä muutoksia autonomisen hermoston toiminnassa ja katekoliamiinien aineenvaihdunnassa. Katekoliamiinit ovat sympaattisen hermoston tavoin vaikuttavia viestiaineita, joita erittyy mm. lisämunuaisytimestä (Mustajoki, 2009).

Uusituvan (2007, 382) mukaan kohonneen verenpaineen yleisyys on liikapainoisilla kaksinkertaista verrattuna normaalipainoisiin. Mustajoki (2007, 94 – 95) kuvaa tutkimusta, jossa 15 000 suomalaista, iältään 30 – 59 vuotta, seurattiin 12 vuoden ajan. Kukaan ei käyttänyt verenpainelääkkeitä tutkimuksen alkaessa. Seurantajakson aikana huomattavasti useammat lihavat kuin

normaalipainoiset sairastuivat verenpainetautiin. Ne tutkittavat, joiden painoindeksi ylitti 30, joutuivat aloittamaan verenpainelääkityksen kolme kertaa useammin kuin normaalipainoiset. Muiden tutkimusten perusteella tiedetään, että verenpaineen kohoamista voi ehkäistä kohtuullisella laihduttamisella. 5 – 10 kilon laihduttaminen laskee useimpien koholla olevaa verenpainetta merkittävästi. (Mustajoki 2007, 95.)

2.7.2 Aineenvaihduntasairaudet

Metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes ja dyslipidemiat luetaan aineenvaihduntasairauksiin sekä kihti, joka luokitellaan myös nivelsairauksiin kuuluvaksi (Uusitupa 2006, 25).

Metabolinen oireyhtymä mainitaan nykymuodossa ensimmäisen kerran lääketieteellisessä kirjallisuudessa vuonna 1988, vaikka sen piirteet on kuvattu jo kymmeniä vuosia aikaisemmin (Uusitupa 2007, 423). Metabolinen tarkoittaa aineenvaihduntaan liittyvää. Metabolisessa oireyhtymässä vyötärölihavuuteen liittyvät aineenvaihdunnan muutokset aiheuttavat samalle henkilölle monia häiriöitä yhtäaikaaisesti. Häiriöitä on varsinkin sokeriaineenvaihdunnassa, verenpaineessa ja veren rasvoissa. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes muistuttavat toisiaan siinä, että niissä molemmissa on sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä. Potilaalle on jo saattanut puhjeta diabetes tai on tullut muutoksia veren sokeripitoisuuksiin, joka ennakoi diabeteksen puhkeamista. Verenpaineekin alkaa kohota. Rasva-aineenvaihdunta häiriintyy siten, että hyvän kolesterolin (HDL) osuus pienenee ja veren triglyseridi-rasvojen pitoisuus suurenee. (Mustajoki 2007, 95 – 96.)

Metabolista oireyhtymää esiintyy eri väestöissä eri määriä. Useissa länsimaissa 20 – 30 % väestöstä kärsii oireyhtymästä. Kakkostyypin diabeetikoista jopa 80 %:lla on metabolinen oireyhtymä. Siitä onkin tullut keskeinen sepelvaltimotaudin vaaratekijä, sillä oireyhtymä lisää riskiä sairastua paitsi kakkostyypin diabetekseen, myös sydän- ja verisuonitauteihin. Elämäntapamuutokset ovat hoidon perustana. Tehokkainta hoitoa ovat laihdutus ja painonhallinta, säännöllinen liikunta vähintään 4 tuntia viikossa, terveellinen ruokavalio, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin käyttö enintään kohtuullisesti. Usein on tarpeellista aloittaa lääkehoito, jos veren rasva-arvot ja verenpaine ovat liiallisia, sekä esiintyy häiriöitä tulpan muodostuksessa. Kysymyksessä on korkean riskin potilasryhmä. (Uusitupa 2007, 423 – 424.)

Lihavuus on tärkein kakkostyypin diabetekselle altistavista tekijöistä, jopa 80 – 90 % tyypin 2 diabeetikoista on ylipainoisia. Seurantatutkimuksissa on saatu havaintoja siitä, että lihavuus jopa ennustaa tyypin 2 diabeteksen puhkeamista. Erityisesti keskivartalolihavuus on vaaratekijä numero yksi. Ruotsalaiset ovat saaneet jo 1980-luvulla tutkimustensa tuloksena tietoja, jotka osoittavat sekä painoindeksin että vyötärö-lantiosuhteen olevan itsenäisiä vaaratekijöitä kakkostyypin diabeteksessä. Sama tulos koskee sekä miehiä että naisia. Kun henkilö kuuluu painoindeksin ja vyötärö-lantiosuhteen perusteella ylimpään kolmannekseen, diabeteksen vaara on peräti 30-kertainen verrattuna niihin, jotka kuuluvat alimpaan kolmannekseen molempien perusteella. Mahdollista on sekin, että geneettiset tekijät altistavat sekä keskivartalotyyppiselle lihavuudelle että tyypin 2 diabetekselle. (Uusitupa 2006, 33.)

Tyypin 2 diabetes on etiologialtaan (etiologia = oppi tautien syistä) vieläkin huonosti tunnettu monitekijäinen sairaus. Perintötekijät vaikuttavat voimakkaasti sen syntyyn. Keskeisinä vaaratekijöinä pidetään geneettisen altistuksen ohella sikiökautista ravitsemushäiriötä sekä ympäristö- ja elämäntapatekijöitä. Taudille on tunnusomaista insuliiniresistenssi, jota lihavuus pahentaa. Joillakin tyypin 2 diabetes voi enimmäkseen johtua insuliinin erityksen häiriöstä, ja insuliiniresistenssin osuus on pienempi. Insuliiniresistenssiä voi esiintyä lihas-, rasva- ja maksakudoksessa. Ongelma voi olla joko glukoosin kuljetuksessa

solukalvon läpi tai glukoosin aineenvaihdunnassa solun sisällä. Solunsisäinen glukoosi tarvitaan joko energiantuottoon tai varastoglykokeeniksi. Kakkostyypin diabeteksessa molemmissa on havaittu häiriöitä. Myös maksan glukoosin tuotanto kiihtyy ja vapaiden rasvahappojen tarjonta maksaan lisääntyy. Tämä voi vaikuttaa glukoosin uudismuodostukseen. Glukoosin käyttö lihaskudoksessa voi estyä, sillä vapaiden rasvahappojen pitoisuus suurenee veressä. Yksi syy insuliiniresistenssiin on lihaskudoksen suuri triglyseridipitoisuus, mikä sinänsä estää glukoosin käyttöä. (Uusitupa 2007, 401 - 402.)

Viime vuosina on saatu pitäviä todisteita siitä, että tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä elämäntapamuutoksilla lihavilla henkilöillä, joilla on heikentynyt sokerinsieto. Suomalaisessa DPS-tutkimuksessa (diabeteksen ehkäisy tutkimus) todettiin, että riski sairastua kakkostyypin diabetekseen pieneni 58 %:lla henkilöillä, jotka laihtuivat noin 4 kg, lisäsivät liikuntaa ja tekivät ruokavaliomuutoksia suositusten mukaisesti. Mitä onnistuneempia muutokset olivat, sitä pienempi riski oli sairastua. Edulliset vaikutukset diabeteksen ilmaantuvuuteen ja painoon säilyvät vielä vuosia intervention jälkeenkin. (Salminen, Lindström, Louheranta & Rastas, 2002.) Yhdysvalloissa on saatu yhtäpitäviä tutkimustuloksia suomalaisten tulosten kanssa. Diabeteksen ilmaantuvuutta voidaan vähentää myös laihdutuslääkkeiden käytöllä ja kirurgisella hoidolla. Sairaaloissa lihavuudessa kirurginen hoito myös korjaa huomattavasti diabeettista aineenvaihduntaa. (Uusitupa 2006, 33 – 34.)

2.7.3 Uniapnea ja keuhkojen toimintahäiriöt

Uniapneaoireyhtymä on yleinen lihavilla. Tilalle on luonteenomaista kuorsaus ja hengityskatkokset. Ne johtuvat ylempien hengitysteiden tukkiutumisesta (apnea) tai lievemmissä tapauksissa osittaisesta tukoksesta (hypopnea). Kieli ja kitalaki aiheuttavat tukoksen. Rasvaa on kertynyt nielun takaosiin, joten tukos voi johtua siitäkin. Päivisin saattaa esiintyä väsymystä ja nukahtelua, jotka ovat seurausta yöunen katkonaisuudesta. Obstruktiivinen eli ”tukkiva” uniapnea on yleinen, sillä jopa 25 % miehistä ja vajaa 10 % naisista kärsii siitä. Vaikea-

asteinen uniapnea nukahtelutaipumuksineen on selvästi harvinaisempi. Sitä esiintyy 4 %:lla miehistä ja 2 %:lla naisista. Ensisijaisena hoitomuotona on laihdutus. Lisäksi uniapnean hoidossa käytetään jatkuvaa positiivista painehengitystä. Uniapneassa on lisääntynyt kuolemanriski, insuliiniresistenssi, ja useiden muidenkin riskitekijöiden nousua kuten verenpaineen kohoamista. Viimeaikaiset tutkimukset ovat kiinnittäneet huomiota lyhyen yön yhteyteen lihomisriskiin ja tyypin 2 diabetekseen. (Uusitupa 2006, 34.) Eri sairaudet näyttävät liittyvän toisiinsa, ja näille kaikille on yhteistä ylipaino.

Pickwick-oireyhtymälle on tyypillistä sairaalloinen lihavuus liittyneenä uneliaisuuteen ja keuhkojen häiriintyneeseen tuuletukseen. Oireyhtymässä hengityskeskus ei aisti lisääntyvää hiilidioksidipitoisuutta. Se voi johtaa keuhkoverenkierron pysyviin muutoksiin ja keuhkosydänsairauteen. Lihavilla sekä hapenkulutus että hiilidioksidin tuotto ovat suurentuneet, koska heidän energiankulutuksensa on lisääntynyt. Lihavuus haittaa rintakehän liikkeitä ja hengityslihasten toimintaa. Siksi vitaalikapasiteetti ja keuhkojen kokonaiskapasiteetti ovat pienentyneet. (Uusitupa 2006, 35.)

2.7.4 Maha-suolikanavan sairaudet

Sappikivet ovat lihavilla 2 – 6-kertaisesti yleisempiä kuin normaalipainoisilla. Lihavilla on myös vaara kuolla sappikivitautiin. Tärkeimmät altistavat tekijät sappikiville ovat ikä, lihavuus ja naisilla synnytysten määrä. Kolesterolin muodostus lisääntyy 20 mg jokaista ylimääräistä rasvakudoskiloa kohden. Kolesterolikivien syntyyn vaikuttaa kolesterolin kiihtynyt synteesi ja erityis sappeen. (Uusitupa 2006, 34.)

Ruokatorven refluksitauti ja maksan rasvoittuminen ovat myös yhteydessä ylipainoisuuteen. Lihavuuteen liittyvää maksan rasvoittumista on tutkittu lisääntyvästi. Siinä seerumin maksaentsyymien pitoisuus on lievästi suurentunut. Tämä ei liity alkoholinkäyttöön tai muihin maksasairauksiin. Alkoholista riippumatonta maksan rasvoittumista on löydetty jopa kolmella

neljästä lihavasta. Rasvan määrä maksassa vähenee, kun painoa pudotetaan. Maksan rasvoittumista epäillään tärkeäksi syytekijäksi lihavuuteen liittyvään insuliiniresistenssiin. (Uusitupa 2006, 34.)

2.7.5 Nivelsairaudet

Lihavilla ihmisillä esiintyy nivelrikkoa etenkin polvissa. Kun painoindeksi ylittää 30, nivelrikon määrä kolminkertaistuu normaalipainoisiin verrattuna. Myös lonkkien nivelrikon vaara suurenee, mutta ei niin paljon kuin polvien. (Mustajoki, 2007, 97.) Lihavilla on yleisempää myös jalkaterän ja käden pikkunivelten nivelrikko. Syynä pidetään lisääntyntä kuormitusta ja toistaiseksi tuntemattomia aineenvaihdunnan häiriöitä. (Uusitupa 2006, 35.)

Kihdissä niveliin ja muuallekin kertyy uraattikiteitä aiheuttaen kovaa kipua. Varsinkin miehillä on vaara saada kihti jo lievästi lihavana. (Mustajoki 2007, 97.) Lihavilla on kihtiä yleensä ottaen 2 – 3 kertaa useammin kuin normaalipainoisilla. Seerumin suurentunut virtsahappopitoisuus näyttäisi olevan yhteydessä insuliiniresistenssioireyhtymään ja keskivartalotyypin lihavuuteen. Laihduttamalla virtsahappopitoisuudet laskevat. Rajun laihduttamisen alkuvaiheessa virtsahappopitoisuus voi suurentua, mutta aikaa myöten se laskee lähtötason alapuolelle. (Uusitupa 2006, 35.)

2.7.6 Syöpätaudit

Lihavuudessa on lisääntynyt alttius saada jokin syöpämuoto. Riski johtuu yleensä hormonihäiriöistä, joita lihavuuteen liittyy. (Mustajoki, 2007, 98.) Suurin yhteys on lihavuudella ja kohdun runko-osan syövällä. Jos ylipainoa on yli 40 %, sairastumisriski suurenee 5,4-kertaiseksi normaalipainoisiin verrattuna. Lihavilla naisilla on vaarana saada myös sappirakon, sappiteiden, kohdunkaulan ja munasarjan syövä. Vaihdevuosi-ikässä uhkaa myös rintasyöpä. Viimeaikaiset

tutkimukset kertovat erityisesti keskivartalolihavuuden naisilla lisäävän sekä rintasyövän että munasarjasyövän riskiä merkittävästi. Lihavilla naisilla muodostuu vaihdevuosien jälkeen runsaasti estrogeenia rasvakudoksessa, mikä voi yhdessä muiden tekijöiden kanssa muuttaa kohdun limakalvon soluja pahanlaatuisiksi kuten myös muuttaa rintarauhaskudosta. Miehillä lihavuus lisää paksusuolen, peräsuolen ja eturauhasen syöpää riippumatta siitä, tupakoiko vai ei. Joissakin tutkimuksissa on löydetty yhteys lihavuuden ja munuaissyövän välillä. (Uusitupa 2006, 35.)

2.7.7 Lihavuus ja kuolleisuus

Lihavuus lisää monia sairauksia ja siitä on helposti pääteltävissä, että myös kuolemanvaara lisääntyy ylipainon myötä (Mustajoki 2007, 98). On tehty lukuisia väestötutkimuksia, joissa on tutkittu lihavuuden vaikutuksia sekä sairastuvuuteen että kuolleisuuteen. Tulokset eivät ole aina olleet yhdenmukaisia, sillä tutkimusajat ja tutkimusaineistot ovat vaihdelleet. Norjassa on tehty suuri väestötutkimus, jossa tutkittavana oli 1,7 miljoonaa yli 15-vuotiasta norjalaista 10 vuoden ajan. Molemmilla sukupuolilla eri ikäryhmissä havaittiin U:n muotoinen riippuvuus painoindeksin ja kuolleisuuden välillä. Pienin kuolleisuus oli niillä henkilöillä, joiden painoindeksi oli 23 – 27 tutkimuksen alussa. Kuoleman riski alkoi lisääntyä, kun painoindeksi ylitti 29. Myös alle 21 painoindeksin henkilöillä oli suuri vaara kuolla. 1980-luvulla julkaistussa suomalaistutkimuksessa, jossa oli tutkittavana 23 000 miestä, lihavuuden ja painoindeksin välinen yhteys oli myös U:n muotoinen. Miehillä, joiden painoindeksi oli alle 19 tai yli 34, kuolleisuus oli noin 1,5-kertainen verrattuna normaalipainoisiin miehiin. Joissakin muissa tutkimuksissa lihavuus sinänsä ei lisännyt kokonaiskuolleisuutta, vaan riski olikin suurentuneessa vyötärö-lantiosuhteessa. (Uusitupa 2006, 26.)

Äskettäin on tehty tutkimus, jossa selvitettiin nuorena esiintyvän ylipainon yhteyttä keski-ikäen kuolleisuuteen. Tutkimukseen osallistui yli 100 000 24 – 44-vuotiasta naista. Tiedossa oli kaikkien paino 18-vuotiaana ja seurantajakso oli

12 vuotta. Niillä naisilla, joiden painoindeksi oli 18-vuotiaana 33 eli ylipainoa oli 20 – 25 kiloa, oli kolminkertainen kuolleisuus hoikimpiin verrattuna. (Mustajoki 2007, 99.) Jos aikoo elää vanhaksi, ei saa päästää itseään lihomaa ainakaan nuorena, mieluusti ei vielä keski-iässäkään.

Painonlasku korjaa kyllä monia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja pienentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. Silti väestötutkimuksissa kuolemanriski jää olemaan. Väestötutkimuksissa ei yleensä tiedetä yksityiskohtaisesti painonmuutoksen syytä. Itse sairaus voi laihduttaa tai tieto sairaudesta voi aikaansaada laihduttamisen halun. Viimeaikaisten tutkimuksien mukaan tahattomaan painonlaskuun liittyy ylikuolleisuutta, mutta tavoitteellinen painonlasku pienentää ylipainoisten kuolleisuutta neljänneksellä. Lihavuus lisää erityisesti vaaraa kuolla sydän- ja verisuonitauteihin, näihin kuuluvat myös aivovaltimosairaudet. Lisääntynyttä kuolleisuutta miehillä selittävät paksusuolen syöpä ja diabetes. Aikaisemmissa tutkimuksissa laihojen suurentunutta kuolemanvaaraa ovat aiheuttaneet mm. tuberkuloosi, keuhkosityöpä ja krooniset keuhkosairaudet. (Uusitupa 2006, 26 – 27.)

2.8 Kansalaisten terveys – yhteiskunnan etu

2.8.1 Terveiden edistäminen ja kansantautien ehkäisy lainsäädännössä

Ensi sijassa kunnat huolehtivat kuntalaisten terveyttä edistävästä, terveyttä suojelevasta tai sairauksia ehkäisevästä toiminnasta. Ihmisille annetaan mahdollisuuksia edistää sekä omaa että ympäristön terveyttä. Myös sairaanhoitopiirit edistävät alueensa ihmisten terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Perus- ja erikoistason tulee toimia saumattomasti yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Terveiden edistäminen on mahdollista vain, jos kunnan kaikilla toimialoilla terveysnäkökohdat otetaan huomioon. Terveyspalveluiden lisäksi yhteistyö sosiaali-, koulu-, kulttuuri-, nuoriso- ja liikuntatoimen sekä kaavoituksesta, asumisesta ja liikenteestä vastaavien toimijoiden kesken on tarpeen. Yhteistyötä tarvitaan paikallistasolla myös

seurakuntien, järjestöjen ja yksityisen sektorin kuin myös valtion viranomaisten keskuudessa. Näin toteutetaan laajaa hyvinvointivastuuta, ehkäistään ongelmia ja vahvistetaan eri toimijoiden sosiaalista vastuuta. Ihmisten terveyskäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan siten, että elämäntapamuutoksilla ehkäistävissä olevat sairaudet vähenisivät. Elämäntapavalinnat ovat ratkaisevassa osassa kunkin omaan terveyteen. Neuvolat, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto ja vanhusten luo tehtävät kotikäynnit tavoittavat kattavasti koko väestön. (Kaunisto, 2008.)

Terveys 2015 –kansanterveysohjelman mukaan terveydellisen tasa-arvon pitäisi vallita. Seurantatiedot kertovat kuitenkin, että heikommassa asemassa olevat ovat aina vaan huonommassa hoidossa. Kunnissa tulisi toimia niin, että STM:n visio terveyserojen kaventumisesta toteutuisi. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tärkein tavoite terveyden kannalta oli taata laadukkaat terveyspalvelut kaikille asuinpaikasta riippumatta. Kuntaliitto osallistuu lainsäädännön ja valtakunnallisen ohjauksen valmisteluun terveyttä edistävissä asioissa. (Kaunisto, 2008.)

2.8.2 Esimerkkejä meneillään olevista toimista lihavuuden haittojen vähentämiseksi

Diabetesliitto on koordinoanut vuosiksi 2000 – 2010 valtakunnallisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman, Dehkon. Laajuudessaan tämä on maailman ensimmäinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke. Suomalaisille hanke on tärkeä paitsi terveyden kannalta, myös siksi, että henkilö- ja talousresurssit eivät tule kestämaan diabeetikoiden määrän nopeaa kasvua. Päättävöitteena ohjelmalla on kehittää terveyden edistämisen organisaatiota ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä. Tavoitteena on myös tehdä lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisystä järjestelmällistä, laajaan yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Mm. sydänliitto oli mukana jatkohankkeessa. Dehko

tuottaa uusia malleja terveydenhuollon käyttöön, jotka jäävät pysyviksi käytännöiksi hankkeen loputtua. Selkeät tavoitteet ja 25 konkreettista toimenpide-esitystä auttavat tavoitteiden saavuttamisessa. Väestöstrategiassa ehkäistään lihavuutta ja diabetesta väestötasolla. Korkean riskin strategiassa seulotaan riskiryhmän jäsenet ja annetaan hoitoa elämäntapaohjauksella. Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiassa jo sairastuneita ohjataan hoitoon lisäsairauksien ehkäisemiseksi. (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma lyhyesti, 2003; Dehko vaikuttaa koko maassa, 2009.)

Dehkon 2D –hanke on ollut suurin sitten Pohjois-Karjala-projektin. Hanke on työllistänyt ja tavoittanut satoja tuhansia ihmisiä eri organisaatioissa ja työntekijäryhmissä. Terveydenhuollossa tai muiden tahojen toimintana on ollut painonhallintaryhmiä, tupakasta irti –ryhmiä, liikuntaryhmiä, mielialaryhmiä ja ITE-ryhmiä. Osa on ollut yksilöohjauksessa ja kaikille on ollut myös vuosittaisia seurantakäyntejä terveydenhuollossa. Riskitestilomake on levinnyt laajaan käyttöön, sillä jo Diabetesliiton sivuilla on täytetty lähes 300 000 lomaketta. Kuolleisuus on vähentynyt ja tuki on muutenkin koettu tärkeäksi. Muutosta on saatu myös laajemmalla tasolla terveystaloudessa, terveydenhuollon toiminnassa, muussa yhteiskuntapolitiikassa, hankkeissa ja hallinnollisissa organisaatioissa. (Keinänen-Kiukaanniemi, 2008.)

Valtioneuvosto antoi periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen kehittämislinjoista 12.6.2008, ja se on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuna 2008:10. Tämä on aivan ensimmäinen ravitsemusta koskeva poliittinen linjanveto maamme hallitukselta. Eri ikä- ja väestöryhmille on asetettu tavoitteet ja kehittämislinjat, jotka tulisi toteuttaa paikallistasolla. Tavoitteet koskevat myös muuta arkiympäristön kehittämistä, eri ammattiryhmien kouluttamista sekä seuranta- ja tutkimusta. Jo periaatepäätöksen työstämisvaiheessa sen kaikille sisältöalueille tehtiin konkreettinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008 – 2011. Suunnitelmaan kirjattiin konkreettisia hankkeita ja tehtäviä sekä niiden vastuutahoja. Toteutumista seuraavat ja ohjaavat sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö toimialoillaan. Neuvoantavina eliminä ovat valtion ravitsemusneuvottelukunta ja terveyttä edistävän

liikunnan neuvottelukunta. Eri sektorit ovat toimineet yhteistyössä, mikä on periaatepäätöksen yksi näkyvä saavutus. Ravitsemusta on nostettu esiin erilaisilla keinoilla, syyskuussa 2008 on tehty asetusehdotus neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta. Ehdotuksen mukaan ravitsemus ja painonhallinta ovat keskeisiä aihealueita kaikenikäisten lasten ja nuorten terveysneuvonnassa. Neuvoloissa ja kouluissa toimiville terveydenhuollon ammattilaisille tarvitaan käytännön työtä varten perhekeskeisiä ravitsemusohjausmenetelmiä. Mm. Sydänliiton Neuvokas perhe –hanke kehittää näitä. Kasvisten, marjojen ja hedelmien kulutusta yritetään lisätä päiväkodeissa ja kouluissa, johon EU:n kouluhedelmäohjelmaa käytetään apuna. Kouluruokailu-kampanjan tavoitteena oli saada päättäjät paikallistasolla sekä myös vanhemmat kiinnostumaan ja huolehtimaan kouluruokailun laadusta tulevaisuudessakin. Joukkoruokailua pyritään muutenkin kehittämään houkuttelevammaksi vaihtoehdoksi. Kehittämisen tavoitteena on myös löytää työväline, jolla ravitsemuksellisen laadun edellytys voidaan liittää osaksi hankintaprosessia. Keväällä 2009 avattu tervesuomi.fi-portaali muodostaa kattavat, kokonaisuuksia sisältävät ravitsemus- ja liikuntaosiot. Kansalaiset saavat ajan tasalla olevaa, laadukasta tietoa päteviltä asiantuntijoilta. Periaatepäätös on tehty maan ylimmillä päätöksentekoinstansseilla, mutta käytännön toteutus tapahtuu peruskunnissa, jossa me itse olemme vaikuttamassa asioihin. (Kukkonen & Sarlio-Lähteenkorva 2009, 32 - 33.)

Vuonna 2006 käynnistyi koululaisten joukkoruokailuhanke, Järkipala, jossa oli tavoitteena lasten ja nuorten terveyden edistäminen. Yksityinen ja julkinen sektori olivat siinä rahoittajina. Sitra eli suomen itsenäisyyden rahasto oli rahoittajana yli 1,5 miljoonalla eurolla. Mukana olivat myös KTL eli silloinen kansanterveyslaitos, Sydänliitto ja suuria elintarviketeollisuusyhtiöitä. Interventiotutkimuksessa oli mukana ala- ja yläkoulujen oppilaita. Vuoden 2007 keväällä oppilaiden terveydentila tutkittiin. Sen jälkeen alettiin tarjota ravitsemuksellisesti hyvälaatuisia välipaloja, ja myös koululounaisiin panostettiin. Vuonna 2008 vaikutukset oppilaiden terveyteen tutkittiin. Sekä elintarvikeala että Suomalainen ravitsemusosaaminen hyötyivät tuloksista, ja toimintamalleja voidaan hyödyntää ulkomaita myöten. (Kuvaja 2006, 23.)

Erityisesti alakoululaisia yritetään tavoittaa internetiä hyödyntämällä Wellou-palvelulla, joka on avattu 22.10.2008. Lapsi oppii interaktiivisen menetelmän avulla tekemään itseään koskevia terveyttä edistäviä valintoja ja muodostamaan terveellisiä arkirutiineja, kuten valitsemaan oikeanlaisen välipalan. Palveluun kuuluva WoimaWuosi aktivoi jokapäiväiseen liikkumiseen. Kansalaisten terveyteen vaikuttaminen on parasta aloittaa jo lapsena, jolloin muodostuvat tavat ja tottumukset. Hanketta rahoitetaan vuosien 2008 – 2010 aikana, ja rahoittajina ovat Sitra, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Opetushallitus sekä Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelma. Kouluille ilmaista palvelua päivitetään jatkuvasti. (Terveet elämäntavat oppimalla ja oivaltamalla netissä, 2008.)

3 PAINONHALLINTARYHMÄN TOIMINTA JÄRVILAKEUDEN KANSALAI SOPISTOSSA KAUHAVALLA

3.1 Painonhallintaryhmän sisältö

Opinnäytetyöni toiminnallisen osuuden pidin Kauhavalla kansalaisopiston painonhallintakurssina. Kysyin silloiselta kansalaisopiston rehtorilta kiinnostusta aloittaa painonhallintakurssi Kauhavalla, jonka vetäjänä toimin ja käyttäisin kurssia opinnäytetyöhöni. Lupa heltisi helposti, ja kurssin olisi saanut aloittaa jo heti keväällä 2008. Aloitus siirtyi helmikuun alkuun 2009. Olin jo edeltäpäin kartoittanut tilastollisen tutkimustyön puitteissa, minkä muotoisesta kurssista ylipainoiset ihmiset olisivat kiinnostuneita. Suurimman suosion sai liikkumalla laihduttava ryhmä. Toiseksi suosituin oli liikuntaa ja asiantuntijaluentoja

yhdistävä ryhmämuoto. Koska olemme valmistumassa restonomeiksi, oli luontevaa valita toimintamuodoksi asiantuntijaluennot, joihin yhdistettiin liikuntaa. Luennot tehtiin parityönä kehittämistehtävänä. Kymmentä eri kertaa varten valmisteltiin kahden oppitunnin mittaiset luennot painonhallintaan liittyvistä aiheista. Toki aikaa jätettiin myös keskustelulle.

Ensimmäisellä kokoontumiskerralla esiteltiin kurssin tavoitteita ja periaatteita. Kukin esitteli itsensä ja kertoi, miksi oli painonhallintaryhmään päätenyt. Tein kurssilaisille alkukartoituskyselyn (liite 1), jossa kysyttiin taustatietoja, ruokailu- ja liikuntatottumuksia. Paino punnittiin, ja kukin mittasi vyötärön ympäryksensä sekä käden ja jalan ympäryksen paksuimmalta kohdalta. Ajattelin runsaan liikunnan lisääntymisen näkyvän raajojen lihasten kehittymisenä tai useamman kilon laihduttamisen raajojen ohentumisena. Olkavarren ja reiden ympäryksen mittauksella voidaan arvioida sekä rasva- että lihaskudosta, ja mittoja käytetään ravitsemustilan arvioinnissa ja seurannassa.

Lihasympärysmitta = ympärysmitta (cm) – 0,314 * triceps-ihopoimu (mm)
(Uusitupa & Fogelholm 2007, 279.)

Aikaisempaa laihduttamista kysyttiin ja oletettua syytä ylipainolle. Kotitehtäväksi tuli vapaamuotoinen ruokapäiväkirjanpito 3 – 7 päivältä. Toisella viikolla tarkasteltiin painonhallinnan merkitystä terveydelle. Jaoin kurssilaisille Maito ja Terveys ry:n Syö hyvin, voi hyvin -oppaan, jonka toisella sivulla esitellään ruokamääriä eri kaloritasoille. Oppaassa on esitelty kuvin ja sanoin ravitsemussuositusten mukaiset ruokamäärät 1200, 2000 ja 2400 kalorien tasolle. Tästä oppaasta näkee helposti, paljonko ja mitä tulisi päivittäin syödä, jos oma kalorien kulutus on suunnilleen tiedossa. (Syö hyvin, voi hyvin, 2009.) Edellisellä viikolla tehtyjä ruokapäiväkirjoja tutkittiin, ja pohdittiin mitä hyvää ja mitä parannettavaa ruokavaliossa oli sekä tuliko yllätyksiä. Motivointia yritettiin harjoittaa ja kerrottiin muutosvaihemallin eri vaiheista. Kotitehtäväksi annettiin oman painonhallintahistorian kirjoittaminen paperille, jolloin tulisi itsekin

pohdittua, millaisissa tilanteissa painonnousua on tapahtunut, ja voisiko sitä kenties ehkäistä toimimalla toisin.

Kolmas kokoontumiskerta sisälsi liikunnan eri muotojen merkitystä painonhallinnassa. Sovittiin ryhmäläisten kesken treffit paikalliselle kuntosalille talvilomaviikolle, jolloin ei olisi muuta kokoontumista. Paikalle tuli noin 10 ryhmäläistä opettelemaan kuntosalilaitteiden käyttöä kuntosaliyrittäjän opastuksella. Jatkoin kuntosalilla käyntiä koko kevään erään toisen ryhmäläisen kanssa. Osa ryhmäläisistä oli harrastanut vesijuoksua, ja maaliskuun loppupuolelle sovittiin yhteinen meno Lapuan uimahalliin. Paikalle pääsi vain 6 ryhmäläistä, mutta kokeilijoista ainakin yksi jatkoi harrastamista. Ilmoittauduin Lapualla aikuisten uimakouluun, ja yritin sillä lailla innostaa muitakin mukaan. Lopulta ryhmästämme ei muita tullutkaan. Neljännellä viikolla keskityttiin ravitsemussuosituksiin ja yleensä aterioinnin merkitykseen. Samalla kerralla tehtiin myös välipunnitus, jossa katsottiin, onko painossa tapahtunut muutoksia. Viidennellä kerralla pureuduttiin syvällisemmin rasvoihin ravinnossa. Kuudes kokoontumiskerta keskittyi hiilihydraatteihin ja seitsemäs proteiineihin. Kahdeksas kokoontumiskerta saatiin kulumaan juomisen merkitystä pohtiessa sekä vitamiinien tärkeydestä puhuttaessa. Yhdeksännellä kerralla pidettiin repsahdusvalmennus. Repsahduksista oltiin toki puhuttu jo aiemmin, muutosvaihemallin yhteydessä heti toisella kokoontumiskerralla. Kymmenennellä kerralla tarkasteltiin jumittunutta painonlaskua. Samalla jaettiin kooste painonhallinnan keskeisimmistä asioista (liite 3). Viimeisellä kokoontumiskerralla tehtiin myös loppukysely (liite 2) ja mittaukset. Silloin sovittiin yhdessä seurantakokoontuminen tulevaksi syyskuuksi Härmän kuntokeskukseen uinnin merkeissä.

3.2 Painonhallintaryhmän muodostuminen

Elämäntaparemontteihin osallistuvien tulisi mielellään olla suunnilleen saman ikäisiä ja sukupuoleltaan sekaryhmä. Kaikkein tärkein piirre on kuitenkin ryhmäläisen oma halukkuus saada muutosta aikaan omassa elämässään. (Turku 2007, 97.) Kun kansalaisopiston jokin kurssi ilmoitetaan alkavaksi, sinne

pääsevät ilmoittautumisjärjestyksessä kaikki halukkaat. Ei voi asettaa mies- ja naiskiintiöitä. Jonkin kurssin voi aloittaa pelkästään jommallekummalle sukupuolelle. Ikärajojakin voi tietysti yrittää käyttää tyyliin ”keski-ikäisille naisille”. Itselleni ei tullut mieleenikään asettaa mitään rajoituksia, sillä jännitin jo muutenkin, tuleeko kurssilaisia tarpeeksi ryhmän alkamiseksi. Minimimäärä kurssin aloittamiselle on 7 henkilöä ensimmäisellä kokoontumiskerralla. Jos osallistujamäärä laskee pysyvästi alle 7, kurssi täytyy lopettaa. Turku (2007, 89) suosittelee ryhmäkooksi 8 – 12 henkilöä, mikäli tavoitteena on yksittäisen ryhmäläisen huomiointi ja elämäntapavalmennus. Itse ajattelin ryhmän aloitusmääräksi 15 henkilöä, sillä tiesin osan joka tapauksessa jäävän kesken kurssin pois. Ryhmään oli ilmoittautunut 17 henkilöä, jotka kaikki kansalaisopiston toimistosihteeri otti mukaan. Hän perusteli sitä sillä, etteivät kaikki kumminkaan jatka loppuun asti. Niinpä sitten aloitettiin sillä joukolla, mutta kaksi ihmistä jäi heti toisen kerran jälkeen pysyvästi pois. 15 painonhallitsijaa oli kirjoilla alusta loppuun saakka, mutta vaihdellen oli poissa sen verran ryhmäläisiä, että keskimäärin joka kerralla oli paikalla 11,7 henkilöä. Ryhmäläiset näyttivät viihtyvän hyvin toistensa seurassa. Suurin osa oli jollakin lailla ennestään tuttuja keskenään, ja loputkin sopeutuivat nopeasti muiden joukkoon. Turku (2007, 90) toteaa, että ei ole sama asia olla sitoutunut omaan muutosprosessiinsa kuin ryhmäkokoontumisiin. Sosiaaliset syyt saattavat olla omaa muutosta tärkeämpiä ryhmään tulon syitä.

4 RYHMÄSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET ALKU-, LOPPU- JA SEURANTAKYSELYN PERUSTEELLA

4.1 Alkukartoituskyselyn tuloksia

Kaksi henkilöä, jotka osallistuivat vain kahdella ensimmäisellä kokoontumiskerralla, vastasivat alkukartoituskyselyyn. Jätin heidän vastauksensa kuitenkin huomioimatta, koska he lopettivat niin lyhyeen. Ryhmä oli sekaryhmä, mutta vain yksi mies edusti maskuliinista sukupuolta. Ikähaitari

oli muuten 51 – 66 vuotta, mutta joukossa oli yksi 31-vuotias. Painoindeksi vaihteli 26 – 43,8 välillä keskiarvon ollessa 32,7. Vyötärön ympäryys oli keskimäärin 105,6 cm, ja vaihteluväli oli 78 – 122 cm.

Kaikki muut paitsi yksi ihminen, joka oli jättänyt kohdan tyhjäksi, harrastivat jonkinlaista liikuntaa vähintään kerran viikossa ja enimmillään 5 kertaa viikossa ½ tunnista 1 tuntiin. Liikuntamuotoina olivat vesijumpppa, kävely, pyöräily, uinti, vesijuoksu, tanssi, jumpppa ja hiihto. Ryhmäläisistä 11 halusi löytää uuden mieluisan liikuntalajin, 4 ei vastannut siihen kohtaan lainkaan. Kaksi vastaamatta jättäneistä näkyi jo muutenkin harrastavan monipuolisesti eri lajeja, yksi harrasti kävelyä, eikä ehkä muuta kaivannutkaan, ja yksi ei ollut merkinnyt mitään myöskään sen hetkiseen liikkumiseensa. Vain kaksi vastaajista liikkui mielestään riittävästi, toinen heistä 2 – 3 kertaa viikossa 45 minuuttia ja toinen 3 – 5 kertaa viikossa 45 – 60 minuuttia. Seitsemän henkilöä piti työtään kevyenä, viisi keskiraskaana, yksi raskaana ja kaksi jätti vastaamatta siihen kohtaan. lästä päätellen nämä kaksi olivat eläkeläisiä. Arkiliikuntaa 6 harrasti vähän, 8 keskinertaisesti ja paljon ei kukaan. Yksi ryhmäläisistä ei vastannut kysymykseen.

11 henkilöä söi aamupalan, aamupäivävalipalaa nautti 3 henkilöä, lounas maistui 10:lle, iltapäivävalipala 3 – 4:lle, 11 henkilöä söi päivällisen ja iltapalaa tarvitsi vielä 6 vastaajaa. 4 henkilöä vastasi syövänsä epäsäännöllisesti tai muuten heidän vastaamisensa oli jäänyt vaillinaiseksi. 13 vastaajista sanoi tietävänsä, miten tulisi syödä oikeaoppisesti, 2 ei vastannut lainkaan. Kysyttäessä oman syömisensä hallintaa 12 vastasi, ettei hallitse syömistään. Vain yksi vastasi hallitsevansa syömisensä. Kaksi ei vastannut mitään. Ja päinvastoin kysyttäessä syöminen hallitsi kaikkia muita paitsi kahta vastaajaa.

Ylipainon syitä kysyttäessä vaihtoehtoina oli 10 eri kohtaa, joista sai valita niin monta kuin tuntui tarpeelliselta. 4 piti perinnöllisiä seikkoja syynä ylipainoonsa, 9 liian vähäistä liikuntaa, 3 liian rasvaista ruokavaliota, 9 makeanhimoa, 4 epäsäännöllisiä ruoka-aikoja, 9 hallitsematonta syömistä, 7 liian suuria ruokamääriä aterioilla, 5 syytti hidasta aineenvaihduntaa ja 2 jotain sairautta tai

lääkitystä. Tiedon puutetta ei syyttänyt kukaan, mutta 1 oli lisännyt listaan lohtusyömisen.

Painonhallintaryhmäläiset olivat laihduttamisen konkareita, sillä kaikki muut paitsi yksi oli laihduttanut aikaisemminkin. Kahdeksalla henkilöllä oli 1 – 2 laihdutusta takanaan aiemmin. Kolme oli laihduttanut 3 – 4 kertaa. Neljä ryhmäläistä myönsi laihduttaneensa yli 5 kertaa. Laihdutusmenetelminä oli käytetty painonvartijoita, erilaisia kursseja, kalorien laskemista, ruokapäiväkirjanpitoa, liikunnan lisäämistä, itsenäistä laihduttamista, terveyskeskuksen painonhallintaryhmää, MBO-kuntoutuskurssia ja yksi oli käyttänyt kaikkia mahdollisia. Painonvartijat oli ylivoimaisesti suosituin laihdutusmuoto, sillä sitä oli käyttänyt 10 ryhmäläistä.

Syyksi tämänkertaiseen laihdutusintoon osallistujista kaikki 15 sanoivat terveydelliset syyt. 6 uskalsi myöntää myös ulkonäköseikkojen vaikuttavan. Kolmen motiivina laihduttamiseen oli myös jonkun huomauttaminen ylipainosta. Neljää oli lääkäri kehottanut pudottamaan painoa. Itsetunnon arveli kohentuvan neljä ryhmäläistä painoa pudottamalla. Yksi halusi helpompaa arkea istumatyöhönsä, ja toinen vuoden sisällä tapahtunutta nopeaa painonnousua kuriin.

Ruokapäiväkirja. Ensimmäisellä kokoontumiskerralla annettiin kotitehtäväksi kirjata kaikki syömiset 3 – 7 päivän ajalta, josta ainakin yksi olisi viikonlopun päivä. Ruokapäiväkirjan avulla tulee näkyviin ateriaritmi, ruoan määrä ja laatu. Ruokavalion mahdolliset ongelmakohdat selviävät laihduttajalle itselleenkin paremmin, kun ne voi lukea paperilta. Tärkeää on rehellisyys itseä kohtaan. Yleensä lihavat ihmiset aliarvioivat syömänsä ruokamäärän, vaikka eivät tahallaan yrittäisi huiputtaakaan. (Torpström & Paganus 2007, 354.)

12 painonhallintaryhmäläistä oli kirjannut syömänsä ateriamäärät ylös. Kolmelta päivältä piti kirjaa 7 henkilöä. Yhdellä oli 4 päivän syömiset kirjattuna. Kaksi jaksoi tehdä kirjallisia töitä 5 päivää. Yksi innostui peräti 6 päivästä ja yksi vielä innokkaampi kokonaisesta viikosta. Toisella kokoontumiskerralla kukin tutki omia syömisäänsä, ja ääneen kerrottiin kukin vuorollaan, mitä hyvää

ruokavaliosta löytyy, mitä pitäisi parantaa sekä löytyikö ruokalistalta sellaista, mitä ei itse tiennyt syövänsäkään. Yleensä ottaen ruokavaliot näyttivät kohtuullisen terveellisiltä. Ruokamäärät olivat joillakin yllättävän pieniä. Kasvisten osuutta sai lisätä lähes kaikille. Pientä naposteltavaa kuten karkkeja ja pikkuleipiä löytyi joidenkin listoista. Ruokapäiväkirjoja pidettiin vain tämän ainoan kerran kurssin aikana, eikä niitä analysoitu millään ravintoaineohjelmalla. Tarkoitus oli opettaa pitämään ruokapäiväkirjaa aina silloin tällöin ja nähdä, mitä tulee syötyä.

Painonhallintahistoria. Seitsemän kurssilaista jaksoi kirjoittaa omasta painonhallintahistoriastaan. Kuudessa niistä oli lähdetty lapsuudesta asti. Yleensä lapsena ei oltu lihavia. Paino oli lähtenyt nousuun joko raskauden aikana tai kotona pienten lasten kanssa elletessä. Myös neljäkymmenen ikävuoden ylitys näyttäisi olevan yksi etappi lihomisen alkamiselle. Eräs tekijä lihomiselle on opiskeluaika roskarukineen tai muuten epävakaa elämäntilanne. Jos mieliala ei ole tasapainossa, se altistaa napostelulle. Painon noustua viimeistään nelikymppisenä alkavat verenpaineongelmat ym. ylipainoon liittyvät vaivat.

Moni oli laihtunut painonvartijoissa useitakin kiloja lyhyessä ajassa. Poikkeuksetta kilot olivat tulleet takaisin, jopa korkojen kanssa. Niin kauan kuin jaksaa käydä painonvartijoiden kokoontumisissa, painoa pystyy hallitsemaan. Mutta painonhallinta pitäisi tulla itselle tärkeäksi, jota tehdään vain oman hyvinvoinnin ja terveyden hyväksi, ei ryhmän vetäjän mieliksi tai kavereiden kiusaksi. Seuraavassa on ote erään ryhmäläisen painonhallinta-ajatuksista.

Uskon, että motivaatiolla on suuri merkitys painonhallinnan onnistumiselle. Kun aloittaa oikeaan aikaan, on mahdollisuus onnistua...Painonhallinta on asia, joka tulee pitää mielessä koko ajan, ainakin alitajunnassa. Arkisilla valinnoilla on enemmän merkitystä, herkutella saa joskus...Sydäntautiliiton opas, 'Syömisen taito on laihtumisen avain!', kiteyttää mielestäni aika hyvin painonhallinnan keskeisen ajatuksen.

4.2 Loppu- ja seurantakyselyyn mennessä tapahtuneet muutokset

Painonhallintaryhmän toiminta kesti käytännössä 3 kuukautta, sillä talviloma- ja pääsiäisviikoilla ei kokoonnuttu. Ryhmäläisten kannalta se oli vain hyvä asia, sillä muutoin kurssista olisi tullut liian tiivis ja lyhytaikainen. Loppukysely tehtiin siis 3 kuukauden päästä alkukyselystä. Seurantakysely (liite 4) oli tarkoitus tehdä sovittuna päivänä syyskuussa, jolloin mentäisiin Härmän kuntokeskukseen uimaan. Paikalle ilmaantuikin 5 kurssilaista, mutta kysely päätettiin tehdä kirjeitse myöhemmin. Seurantapäiväksi oli tullut liikaa yhteensattumia. Seurantakyselyn tekeminen jäi 7 kuukauden päähän painonhallintaryhmän lopettamisesta ja 10 kuukauden päähän ryhmän aloittamisesta. Aikaperspektiiviä tuli mukavasti lisää. Alkukartoituskyselyssä oli siis mukana 15 vastaajaa. Loppukyselyyn sain 12 vastausta. Seurantakyselyynkin vastasi vielä ystävällisesti 11 henkilöä. Vastaajat ovat osittain eri henkilöitä eri kyselyissä, mutta tarkastelen vastaajia yhtenäisenä joukkona.

Loppukyselyyn mennessä yhdeksän henkilön paino oli hiukan pudonnut alkulukemista. Kymmenenkin oli todennäköisesti vähän laskenut, mutta kilomäärä hänen lomakkeessaan oli peräti outo, joten sitä ei voinut sellaisenaan ottaa huomioon. Keskimääräinen alenema oli noin 1 kg. Vaihteluväli oli 0,4 – 4,5 kg. Kahden henkilön paino oli noussut, toisen 0,3 kg ja toisen 5 kg. Viiden kilon nousu ei millään selity lihasten kasvulla, joten siinä oli selvästi lihomisesta kysymys. Vyötärön ympärykset olisivat ryhmäläisten omien mittausten perusteella kaventuneet 1 – 13 cm. Eniten olisi hoikentunut vyötäröltään 5 kg lihonut henkilö. Keskimäärin uuman pieneneminen olisi ollut 5,5 cm. En aivan luota näihin tuloksiin. Käsivarren ja reiden paksuuden mittauksien kohdalla näkyy samanlaista heilahtelua suuntaan ja toiseen, joten niistä ei kannata päätellä mitään. Jos haluaisi luotettavia mittaustuloksia, mittaajan tulisi olla sama henkilö joka kerralla. Puntarin lukemat on helpompi tulkita, vaikka eri puntaritkin antavat toisistaan poikkeavia tuloksia.

Seurantakyselyyn mennessä ryhmäläiset olivat jatkaneet painon pudotustaan. 10 vastaajaa oli laihtunut keskimäärin 4,8 kg. Suurin pudotus oli 10,1 kg ja

pienin 1,0 kg. Painoindeksi oli nyt keskiarvoltaan 30,6, kun se lähtötilanteessa oli 32,7. Tämä on sitä maltillista painon pudotusta, jolla tulokset voivat olla pitkäaikaisia ja jopa pysyviä. Ryhmäläiset yksittäisinä henkilöinä eivät tietenkään ole keskiarvoja, vaan vaihteluväli painoindeksissä oli 25,6 – 42,6. Yli 40 painoindeksillä sairastuvuusvaara ja jopa ennenaikaisen kuoleman vaara on niin suuri, että maltillinen painon pudotus ei enää riittäisi, vaan tällaisen henkilön tulisi kääntyä lääkärin puoleen saadakseen pikaista apua paino-ongelmaansa. Yksi vastaaja oli lihonut 2,9 kg, mikä ei aivan kauhea määrä ole, paitsi jos hänen painoindeksinsä on jo muutenkin korkea. Vaikka ryhmäläisten painoindeksi oli laskenut hiukan, keskimääräisesti se jäi vieläkin yli 30:n, joka on merkittävää lihavuutta. Hyödyllistä olisi vieläkin laihduttaa 5 – 15 % kehon painosta. (Uusitupa & Fogelholm 2007, 278.) Askarruttamaan jää, mitä oli tapahtunut niille neljälle, jotka eivät vastanneet seurantakyselyyn. Todennäköisesti he eivät olleet ainakaan laihtuneet.

Seurantakyselyyn mennessä eli 10 kuukaudessa ryhmäläisten vyötärön ympärykset olivat pienentyneet keskimäärin noin 10 cm ollen nyt 95,5 cm. Vaihtelu oli välillä 72 – 110 cm. Vain kahden naispuolisen ryhmäläisen vyötärö alitti 80 cm. Miehen vyötärön ympäryys oli myös liian iso. Kysyin seurantakyselyssä myös lantion mittaa saadakseni vyötärö-lantiosuhteen selville. Niillä kahdeksalla naisella, jotka olivat ilmoittaneet lantionympärysmittansa, keskimääräinen vyötärö-lantiosuhde oli 0,87. Suositeltava suhde on alle 0,85 naisilla. Miehillä vyötärö-lantiosuhde ei saisi olla yli 1,0, mitä se ryhmämme ainoalla miehellä kuitenkin oli. Käsivarsien ja reisien paksuuksien mitat eivät näyttäneet yhtään selkeämmiltä seurantakyselyssä kuin aikaisemminkaan, joten en raportoi niitä. 8 vastaajaa oli asettanut itselleen painonalennustavoitteen, jonka keskimääräinen kilomäärä oli 4,5.

Loppukyselyssä tahdoin tietää, ovatko ryhmäläiset saaneet uutta puhtia painonhallintaansa. Kävimme läpi muutosvaihemallia heti toisella kokoontumiskerralla, ja laitoin mallin vielä jakamiini muistiinpanoihin. Halusin kurssilaisten tajuavan, että kukin voi olla aivan eri vaiheessa elämäntapamuutosten suhteen, vaikka nyt on ryhmään tullutkin. Laitoin loppukyselyyn rastitettavaksi kohdat, missä oli kurssin alettua ja onko vaihe nyt

3 kuukaudessa muuttunut sekä onko tullut repsahduksia. Yksi vastasi olleensa esiharkintavaiheessa kurssin alettua. Viisi ilmoitti olleensa harkintavaiheessa ja yksi suunnitteluvaiheessa. Kuuden mielestä he olivat olleet jo toimintavaiheessa painonhallintaryhmän alkaessa. Yksi ilmoitti olleensa peräti ylläpitovaiheessa. Yhteensä vastausmäärä nousee 14:ään, joten vastauksia tähän kysymykseen jotkut ovat antaneet useampia. Kurssin loppuessa ei esiharkintavaiheessa ollut enää kukaan. Harkintavaiheessa tunnisti olevansa kaksi vastaajaa. Suunnitteluvaiheeseen oli juuttunut yksi vastaaja. Neljä oli toimintavaiheessa. Ylläpitovaiheeseen ei ollut yltänyt kukaan. Viisi vastaajaa tunnusti repsahtaneensa jossakin vaiheessa ja yksi kielsi. Muut olivat jättäneet tämän kohdan tyhjäksi. Syyksi repsahtamiseen kaksi vastaajaa mainitsi juhlien leivonnaiset. Jos tulkitsemme vastauksia kysymysten tarkoittamalla tavalla, niin vain 4 vastaajaa pääsi siirtymään muutosvaihemallissaan eteenpäin ryhmän kokoontumisen aikana. Kaksi jäi samaan toimintamalliin kuin aloittaessaan ryhmän, ja yhden vastausta voi tulkita taaksepäin menoksi. Vastauksista huomaa, että sitä ei ollut ymmärretty riittävän hyvin, joten tulkintakin voi olla väärä.

Liikunnan harrastamisesta kysyttäessä vain 4 vastaajaa oli lisännyt liikkumistaan painonhallintaryhmän kokoontumisen aikana, 1 oli vähentänyt liikkumistaan, mutta muiden määrä oli pysynyt ennallaan. Seurantakyselyyn mennessä 4 henkilöä oli vähentänyt liikkumistaan verrattuna aloitushetkeen. 2 oli lisännyt liikuntaa ja muiden oli pysynyt ennallaan. Arkiliikuntaa oli lisännyt vähästä keskinkertaiseen määrään 4 henkilöä ryhmän kokoontumisen aikana ja keskinkertaisesta määrästä paljoo 1 henkilö. Seurantakyselyssä vielä 1 henkilö oli lisännyt arkiliikuntaansa keskinkertaisesta määrästä paljoo. Neljä henkilöä oli ryhmän toiminnan loppuessa tyytyväisiä omiin liikuntamääriinsä ja 7 oli tyytymättömiä. Seurantakyselyssä enää 3 vastaajaa oli sitä mieltä, että liikuntaa on kylliksi, 8 mielestä liikkeelle pitäisi lähteä useammin. Loppukyselyssä 5 ryhmäläistä oli löytänyt uuden mieluisan liikuntalajin, seurantakyselyssä enää 4 vastaajaa. Kävelyä harrasti 8, juoksua ei kukaan, 3 hiihti (talvella), 3 kävi uimassa, 5 pyöräili, 1 kävi kuntosalilla ja 2 juoksi vedessä. Liikuntamääriä voi olla vaikea kertoa täsmällisesti, jos niitä ei merkitse muistiin tai liikunta ei ole aivan säännöllistä. Eri aikoina liikunta voi olla myös erilaista.

Siksi jonkun kohdalla liikunta voi olla kyselyn mukaan vähentynyt, vaikka se olisi tosiasiallisesti lisääntynyt.

Kukaan ei enää loppukyselyn tai seurantakyselyn aikaan tunnustanut syövänsä epäsäännöllisesti, vaan kaikki nauttivat useampia aterioita ja välipaloja päivän mittaan. Painonhallintaryhmän alussa 4 henkilöä aterioi epäsäännöllisesti. Alussa 12 ryhmäläistä sanoi, ettei hallitse syömistään ja vain yksi sanoi hallitsevansa. 10 kuukauden kuluttua 10 hallitsi, ja vain 2 ei. Syömisen hallinnan keinoina käytettiin säännöllistä syömistä sekä aterioiden että välipalojen osalta, suuhun laitettavien tarkkailua, annoskokojen huomioimista, nälän tunteen tunnistamista ja rasvojen määrän tarkkailua.

Seurantakyselyyn mennessä ruokaostokäyttäytymistään ei ollut muuttanut 3 vastaajaa, joista 1 mainitsi aina kiinnittäneensä huomiota ruoan laatuun ja kotimaisuuteen. 7 oli muuttanut siten, että yritti ostaa terveellisemmin, osti kasviksia ja vältti pullan ostoa, suunnitteli ateriat etukäteen ja osti vähärasvaista ja vähäsokerista, valitsi aina kevyemmän vaihtoehdon, kauppaan mennessä käytti ostoslistaa.

Niin ikään seurantakyselyssä kysyttynä rasvan laatuun ja määrään ei ollut kiinnittänyt huomiota 2 vastaajaa, joista toinen kuitenkin ilmoitti tehneensä niin jo vuosia. 8 oli muuttanut käyttäytymistään. Juustojen rasvaprosentteja tarkkailtiin, paistettiin nykyisin enemmän uunissa kuin liedellä voissa, oli siirrytty Keijuun ja öljyihin, vältettiin rasvaa, minimoitiin näkyvä rasva ja käytettiin vähärasvaisia tuotteita. Kuidun käyttöä ruokavaliossa 5 ei ollut lisännyt ja 5 oli lisännyt. Kuitua saatiin aamupuuron syömisellä, ruisleivän syömisellä myös kahvin kanssa, täysjyväleipää ja myslä käyttämällä, salaattien ja hedelmien syömisellä. Suolaa ei ollut vähentänyt ruokavalioistaan 7, joista 2 mainitsi suolan vähentämisen tapahtuneen jo aiemmin. 4 kertoi vähentäneensä suolan määrää. Perunoiden keitinveteen ei lisätty enää suolaa, keitoista vähennettiin suolamäärää ja katsottiin tuoteselosteiden suolapitoisuuksia.

Loppukyselyssä ryhmän toiminnan päätyttyä kysyin ryhmäläisten ajatuksia kurssin sisällöstä. Omaan ylipainoon johtaneet syyt olivat kirkastuneet 11

vastaajalle, yksi ei vastannut mitään. Kaikki olivat sitä mieltä, että nyt ylipainon syihin pystyy vaikuttamaan paremmin kuin aikaisemmin, ja painon ei anneta enää nousta, vaan mieluummin suunta on alaspäin. Vahvistusta ryhmäkokoontumisista itselleen olivat saaneet vastausten perusteella kaikki. Kaikki 12 vastaajaa olivat myös saaneet olla ryhmässä oma itsensä. 11 oli saanut ryhmässä uutta tietoa painoa alentavasta käyttäytymisestä. Yksi vastaaja ei ollut saanut uutta tietoa ja yksi vastasi kyllä ja ei. Vastaajista 11 piti ryhmän vetäjän omaa painonhallintakäyttäytymistä uskottavuuteen vaikuttavana tekijänä, mutta yhden mielestä sillä ei ollut vaikutusta. Omin sanoin sai keroa kurssista päällimmäiset tunteuksensa:

"Kurssi motivoi enempi, kun ollaan ryhmässä."

"Kurssi oli mielenkiintoinen, oma elämäntilanne ei vaan ollut paras mahdollinen."

"Pienet muutokset on pitkän päälle parempia kuin äkki laihdutus."

"Olen saanut pontta omaan liikkumiseeni ja ravinnosta olen oppinut tarkkailemaan mitä syön."

"Salaattien käyttöä lisänny sekä tarkemmin katsonut tuotteiden esim. suolaa, rasvoja."

"Opin ravintorasvojen käytöstä enemmän."

"Kertaus on opintojen äiti. Käytäntöä enemmän."

"Leipä ja maito myös tärkeitä painonhallinnassa."

"Opin kiinnittämään huomiota ruokaostosten valintaan."

"Antoi ajattelemisen aihetta ruokavaliota suunnitellessani, joskus liian teoreettista tietoa."

"Muiden ryhmäläisten kokemuksesta opin, että oikotietä ei ole, omasta motivaatiosta painonhallinta lähtee. Parempi tarttua asiaan varhaisessa vaiheessa!"

"Opin, että jotain on tehtävä, muuten paino karkaa ↑↑↑."

Viimeisenä kysymyksenä oli, mitä muuta toivoisi painonhallintakurssin sisältävän kuin mitä se nyt käsitteli:

"Ehkä selkeät viikko-ohjeet, jota voi noudattaa, lähinnä ruokaohjeet."

"Ehkä joka kerran punnitus olis kuitenkin hyvä."

"Punnitus joka viikko."

"Ehkä enemmän ruokasuosituksia, ateriakokonaisuuksia."

"Olen saanut kaiken tarvittavan tiedon."

"Punnitus joka viikko lisää motivaatiota."

"Esimerkkejä käytännössä mitkä ruokalajit on hyväksi jne."

"Enemmän liikunnasta tietoa."

"Ryhmäkeskustelua enemmän, ei niin teoreettista ja enemmän arkipäivän ruokavinkkejä."

"Ehkä jonkinlainen ikäjakauma, nuorille aikuisille eri kurssi. Esimerkkejä aterioista, ruokaohjeita ym."

"Ryhmäliikuntaa."

Koska koulutustason on tutkittu vaikuttavan ylipainoon, kysyin seurantakyselyssä myös tätä asiaa. 7 oli käynyt kansakoulun, 3 keskikoulun ja vain yksi oli ylioppilas. 4 vastaajaa oli käynyt ammattikoulun, 3:lla oli opistotason koulutus ja yhdellä ylempi AMK-tutkinto. Perhetilanteena 7:n taloudessa asui puoliso, 3:lla oli myös lapsia kotona ja yksi oli sinkku. Leskiä vastanneissa ei ollut. Naiset saivat vastata jäännöskiloista lasten syntymän jälkeen. 8:lle vastaajista jäi 2,8 – 20 kg/lapsi. Kahdelle ei jäänyt ylimääräistä. Lomamatkojen ja lomien vaikutuksesta painoon 5 vastasi, ettei vaikuta ja 6, että vaikuttaa. Vapaalla tulee syötyä tiuhempaan, rasvaista ja makeaa kuluu enemmän sekä valmiit tarjoilupöydät saavat syömään liikaa. Tupakoimisen

lopettamisesta ja painonnoususta ryhmäläisillä oli vain vähän kokemusta, sillä yhden paino oli noussut tupakanpolton lopettamisen jälkeen. Kahdella ei ollut noussut, ja muut eivät olleet tupakoineet. Liian vähäinen nukkuminen ei näyttäisi olevan ryhmäläistemme ylipainon syynä, sillä keskimäärin nukuttiin 7,3 tuntia. Tosin vaihteluväli oli 5 – 9 tuntia. Kaikkien painonhallintaryhmäläisten perheissä, joko lapsuudenperheissä tai nykyisessä, oli joitakin ylipainoisia perheenjäseniä. Kenelläkään kaikki omaiset eivät olleet ylipainoisia.

Kysyin seurantakyselyssä yleisimmistä sairauksista, joita esiintyy ylipainoisilla muuta väestöä runsaammin. Laitoin maininnan, ettei tarvitse vastata, jos kysymys tuntuu liian henkilökohtaiselta. Useimmat olivat vastanneet myös tähän kohtaan. Sydän- ja verisuonisairauksien ryhmään kuuluvia tauteja oli kahdeksalla. Aineenvaihduntasairauksia mm. diabetesta oli neljällä. Mahasuolikanavan sairauksista kärsi yksi ihminen. Kolmen vaivana oli nivelrikko.

Kysyin painonhallintakurssilaisten mielteitä siitä, minkä muotoisesti he nyt aloittaisivat painonhallinnan, jos tarjolla olisi erilaisia vaihtoehtoja. 6 haluaisi laihtuttaa pienellä ystäväporukalla. 5:lle kelpaisi ryhmä, jossa olisi keskustelua ja liikuntatuokioita, ja jota vetäisi koulutettu ohjaaja. 2 aloittaisi yksin, jos olisi henkilökohtainen valmentaja tai terveydenhoitaja tukena. Aivan yksin haluaisi laihtuttaa 1 henkilö. 1 olisi valmis ryhmään, jossa käsiteltäisiin teoriaa ja olisi käytännön ruoanvalmistusta koulutetun vetäjän opastuksella. 3 haluaisi jotain muuta, ja se muu olisi ystäväporukalla teorian opiskelu koulutetun vetäjän johdolla, painonvartijat tai yksin ruokapäiväkirjanpidon tuella. Kukaan ei ollut halukas laihtuttamaan yksin nettikurssin muodossa. Kukaan ei myöskään tunnustanut luovuttaneensa eikä olevansa jo tavoitteessaan.

Kysyin ryhmäläisiltä, kuinka usein ja miten pitkäkestoisesti heidän mielestään painonhallintaryhmän tulisi kokoontua. Meidän ryhmämme kokoontui noin kerran viikossa 3 kuukauden ajan.

”N. 10 kertaa sopiva.”

"Kerran viikossa on sopiva tavoitepainoon pääsemiseen ja siinä pysymiseen. Siihen menisi omalla kohdallani kauan."

"3 kk:ssa pääsee alkuun, pidempi olisi kannustavampi."

"1 kerta viikossa vuoden."

"Kerran viikossa 4 kk. Joka viikko punnitus + teoria."

"3 – 6 kk."

2 vastausta: "Kerran viikossa."

"Kerran kahdessa viikossa."

Viimeisistä viimeisin kysymys: Mitä toimia pitäisi mielestäsi tehdä, etteivät ihmiset lihoisi niin helposti? Voisiko yhteiskunta osallistua voimakkaammin lihavuusepidemian torjumiseen ja miten?

"En osaa sanoa."

"Vaikea kysymys, mielialastahan ylensyönti paljolti riippuu. Pitäisi keksiä tilalle jotain muuta kivaa tai sitten edes miettiä, mitä sinne suuhun laittaa, mutta eihän siihen voi yhteiskunta vaikuttaa (unohdin kysymyksen). Pitäisköhän meitä ylipainoisia verottaa kilojen mukaan, sitäpä ei valtio oo vielä (päättäjät) keksineet. Kyllä kilot saisivat kyytiä, jos painoindeksin mukaan määräytyisi 'läskivero' perusterveille."

"Kyllä lihominen on useimmilla kiinni itsestä ja huonoista ruokatottumuksista. Ei ketään voi väkisten laihduttaa. Kuitenkin ryhmä saa aloittamaan ja antaa tukea."

"Esim. valtio/kunta voisi järjestää työttömille liikuntamahdollisuuksia."

"Ruokaremontti ja liikunta."

"Järjestää ilmaisia painonhallintakursseja."

"Kotiruoka kunniaan ja olisi tärkeää, että kotona valmistettaisiin itse ruokaa (vaikka työelämä vaatii nykyisin liikaa voimavaroja). Limsat pois, rasvaton maito, piimä tilalle."

”Ruoan hinta, kevyttuotteet edullisemmiksi! Painonpudotus tehostetusti yksilön omalle vastuulle ylipainon aiheuttamissa/ylipainoon liittyvissä sairauksissa.”

”Järjestämällä painonhallintaryhmiä.”

4.3 Painonhallintaryhmä esimerkkinä painon hallinnassa

Kansalaisopiston painonhallintaryhmään hankkiutui lähestulkoon vain naisia. Naiset ovat yleensä kiinnostuneempia terveydestään kuin miehet. Ikähaitari 51 – 66 vuoden välillä kertoo ihmisistä, joita ylipaino on vaivannut jo pidempään. Useilla on ollut monia laihdutuksia. Paino on aina kuitenkin noussut vähintään entisiin lukemiin ”laihutuskuurin” loputtua. Laihdutuskeinoina on kokeiltu lähes kaikkia mahdollisia menetelmiä. Tulokset ovat olleet hyviä niin kauan kuin on oltu esimerkiksi Painonvartijoissa. Ryhmäläisillä on ollut hyviä kokemuksia siitä, että he pystyvät laihduttamaan. Painon pitäminen vakaana on se ongelma, johon vastausta haetaan. Ikä on tuonut ylipainon mukana erilaisia sairauksia, jotka haittaavat elämää jo niin paljon, että vielä halutaan yrittää. 31-vuotiaalla ryhmäläisellämme oli jo hänelläkin kokemusta ylipainoisena olosta. Hän oli tarttunut asiaan kuitenkin ajoissa, ja oli saanut karistetuksi ylimääräisiä kiloja. Nyt hän oli tullut saamaan vahvistusta asialleen ryhmän mukana. Hän oli nuoresta iästään huolimatta tietoinen siitä, että kiloilla on tapana nousta salakavalasti, jollei niihin kiinnitä ajoissa huomiota. On helpompi hallita painoaan kuin yrittää ensin laihduttaa ja sitten vielä pysyä saavutetuissa mitoissa.

Osalla ryhmäläisistä oli nivelrikkoa tai muita liikkumisongelmia. Se rajoitti liikunnan harjoittamista. Vesiliikunta sopii yleensä nivelongelmista kärsiville, ja se olikin monen suosikki. Vesijumppaan on mahdollista päästä yleensä vain kerran viikossa uimahallittomalla paikkakunnalla. Suurin osa ryhmäläisistä oli vielä mukana työelämässä. Nykyiset vaatimukset työpaikoilla vievät ihmisestä niin paljon voimia, että liikunnalle työn jälkeen ei tahdo jäädä puhtia. Toisaalta melkein kaikkien ryhmäläisten lapset olivat lähteneet kotoa, joten lasten hoitamiseen ei tarvinnut panostaa. Nyt tuotiinkin lastenlapsia hoitoon. Liikunta

pienten lasten kanssa on myös liikuntaa, samoin kuin arkiliikunta kuten kotityöt. Mahdollisuudet liikkua pitää vain huomata. Laiskuus on ihmiselle luontainen ominaisuus, joten olemme liikkumatta, jos emme kiinnitä huomiota asiaan terveytemme kannalta.

Samoin pitäisi kiinnittää huomiota jokaiseen suupalaan, jonka syömmme. Mitä vanhemmaksi ihminen tulee, sitä pienempi on hänen energiankulutuksensa. 65-vuotias kuluttaa yli 500 kcal vähemmän kuin 20 – 40-vuotias (Mustajoki 2007, 73). Eläkeiässä on turha haikailla niitä ateriamääriä, joita kaksikymppisenä pisteli poskeensa lihomatta. Eikä kannata vertailla jonkun toisen syömiä määriä omiinsa, sillä energiankulutus vaihtelee hämmästyttävän paljon eri ihmisillä. Tärkeintä on laatia itselle sellainen ruokavalio, joka vastaa makumieltymyksiä ja vastaa energiankulutusta. Jotkut painonhallintaryhmäläiset kaipasivat tiukkoja ruokavalio-ohjeita, joita noudattaen olisi laihtunut. Myös ruokaohjeita kaivattiin. Joillakin kerroilla minulla oli mukana Painonvartijoiden laatimia ruokaohjekirjoja, jotka kiersivät osallistujien keskuudessa. En ajatellut antaa mitään omia reseptejäni jakoon, sillä eri ihmisillä on omat mieltymyksensä ruokien suhteen. Maailma on täynnä reseptikirjoja, pitää nähdä sen verran vaivaa, että etsii itselleen sopivat ohjeet. Annoin heille Maito ja Terveys ry:n laatimat ruokamäärätaulukot eri kalorimäärille. Siitä näkee, miten paljon eri ruoka-aineita voi syödä tiettyyn kalorimäärään. Samalla tulee huomioineeksi ruokavalion monipuolisuuden. Jos joku ulkopuolinen määrää, mitä saa syödä, se herättää helposti vastustusta, eikä ruokavalio toimi pitkään. Ihmisen tulee itse saada ottaa vastuu syömisistään.

Kerroin heti kurssin alettua, että tehdään alku- ja loppupunnitus. Painonvartijoissa olleet osallistujat kuitenkin kaipasivat punnitusta joka kerralle, he olivat siihen tottuneet. Samoin jotkut osallistujat kaipasivat jopa vuoden pituista ryhmäkokoonantumista. Silti aivan alussa lähes kaikki ryhmäläiset kertoivat tietävänsä kuinka syödään oikeaoppisesti. Tämä osoittaa sen, että ryhmässä tapahtuva kontrolli motivoi osallistujia enemmän kuin omaehtoinen painonhallinta.

Ryhmän toiminnan aikana lähes kaikki olivat sisäistäneet säännöllisen syömisen ja liikunnan merkityksen. Sitä oli pystynyt hyödyntämään 10 henkilöä 15:sta, jotka olivat onnistuneet saamaan painokehityksensä laskusuuntaan. Olisi mielenkiintoista tehdä uusi seurantakysely vaikkapa tästä vuoden päästä. Mikä mahtaisi olla silloin tilanne?

Näin jälkikäteen huomasin tehneeni liikaa kysymyksiä painonhallintaryhmäläisten vastattavaksi. En pystynyt kylliksi hyödyntämään kaikkia. Kysymysten pitää myös olla tarpeeksi selkeitä. Aikaa kysymysten laatimiseksi tulee olla niin paljon, että ne ehtii tarkastuttaa jollakin. Ehkä opinnäytetyöni näkökulma oli vielä kateissa ryhmän jo toimiessa.

Parityönä kehittämistehtävänä tehty teoriaosuus tuli tehtyä liian äkinäisesti. Kokonaisuus oli aika teoriapitoinen, niin kuin joku kurssilaisista antoi palautetta. Mutta toisaalta asioita tuli tarkasteltua syvemmältä, ja kurssilaisille tuli uutta tietoa monista asioista. Joskus teoriaa riitti niin runsaasti, että puhehaluisimmat ryhmäläiset eivät saaneet purkaa tuntojaan tarpeeksi. Joku olisi halunnut liikunnasta enemmän tietoa. Hän saattoi olla pois juuri silloin, kun liikuntaa käsiteltiin. Enemmän olisi voinut kokeilla uusia liikuntalajeja yhdessä, mutta yhteistä aikaa oli vaikea löytää. Kehotin kyllä rohkeasti kokeilemaan sellaisiakin lajeja, joista ei ole ennen kiinnostunut.

Kokonaisuutena painonhallintaryhmän toiminnasta jäi positiivinen mielikuva. Vaikka ryhmän ohjaajan ei pidä ottaa itseensä, jos ryhmäläiset eivät tule motivoituneiksi, niin ryhmäläisten aktiivinen mukanaolo ja seurantakyselyyn vastaaminen lämmittivät mieltäni suuresti.

5 POHDINTAA NORMAALIPAINON MAHDOLLISUUKSISTA NYKYAIKANA

Toteuttamani painonhallintakurssin jäsenet olivat hakeutuneet ryhmään omasta halusta, eivätkä esimerkiksi tulleet terveydenhoitajan läheteellä. Omaehtoisesti painonhallintaryhmään hakeutuminen voi olla merkki motivoitumisesta, jota kaikissa elämäntapamuutoksissa tarvitaan. Halun muuttua pitää tulla ihmisen sisältä käsin. Ulkopuolelta tullut käsky tai kehoitus ei vaikuta tahtomista ja tekemistä, jos motivaatio puuttuu. Motivaation syntymiseen voi toki vaikuttaa tieto, mutta aina ei ole tiedollakaan vaikutusta käyttäytymisen muutokseen. Sairauksilla pelottelu ei tehoa ennen kuin itselle tai läheiselle on tullut jotakin vakavaa ja arkipäivään vaikuttavaa.

Painonvartijoiden käyttämällä menetelmällä näkyi olevan vaikutusta ryhmäläisten odotuksiin, sillä 10 ryhmäläisellä oli siitä kokemuksia. Tuloksetkin olivat olleet hyviä niin kauan, kuin oli noudatettu ohjeita. Laihdutuskuuriajattelu hallitsi vielä monen ajatuksia. Kerroin ryhmäläisille heti kurssin alettua, että tämä on meidän viimeinen laihdutus”kuurimme”. Jonkun mielessä kävi ehkä ajatus, että vedetäänpä nyt tiukille. Selvensin heti perään, että painonhallinnan pitää olla koko loppuelämän kestävä asia, jos aikoo päästä normaalipainoon ja pysyä siinä. Painon pudotuksen tulisi tapahtua hitaasti, jolloin uudessa painossa on parempi mahdollisuus pysyä. Luulen valtaosan ryhmäläisistä sisäistäneen tämän vähän kerrallaan tapahtuvien muutosten tien. Ainakin seurantakyselyn perusteella näyttäisi tältä.

Painonvartijoiden perua ovat myös toivomukset tiukoista ruokavalio-ohjeista. Toisaalta on helpompaa noudattaa ruokavaliota, kun on tasan tarkkaan sanottu, mitä saa syödä. Mutta pidemmän päälle on hyödyllisempää laatia itse omat ruokavalionsa. Silloin saa ottaa paremmin omat mieltymyksensä huomioon. Ruokaohjeita kaivattiin myös. Minulla olikin Painonvartijoiden laatimia reseptikirjoja mukani jollakin kerralla malliksi. Kevyitä ruokaohjeita on julkaistu monissa naistenlehdissä varsinkin Joulun jälkeisinä aikoina. Reseptejä on kyllä tarjolla aivan tarpeeksi. Minulla oli useammallakin kerralla mukana elintarvikepakkauksia,

joiden ainesosaluetteloita tutkittiin. Pyysin kurssilaisiakin tuomaan mukanaan joitakin, mutta ei tainnut tulla yhtäkään. Tämän osuuden voisi toteuttaa kaupassakin, mutta minusta olisi ikävää käsitellä ruokapakkauksia, joita muut sitten ostavat (huom. sikainfluenssa ajankohtainen).

Muutama henkilö ei vastannut enää seurantakyselyyn, ja heistä jotkut näyttivät jo kurssin aikana väsähtäneiltä ja toivottomilta. Ehkä heidän motivaatitasonsa ei ollut kyllin korkealla. Se saattoi olla vähäinen jo kurssin alussa tai sitten hiipua kurssin edetessä. Monta kertaa aiemmin laihduttaneena tämä painonhallintakurssi oli yksi uusi mahdollisuus, joka voisi tarjota jonkun poppakonstin laihtumiseen. Näin joku kertoi kurssin alettua, ja hän sitten olikin se, joka laihtui yli 10 kg seurantakyselyyn mennessä. Ottaisimme mieluusti vastaan jonkun helpon menetelmän, jolla laihtuisi itse nälkää, hikeä ja kyyneleitä näkemättä.

Yksi kurssilainen, joka oli lihonut 2,9 kg seurantakyselyyn mennessä, vastasi kyselyyn. Hän oli mukana koko ryhmäkokoontumisen ajan, vaikka hän jo silloin tiedosti, että aika painon pudottamiselle ei ole paras mahdollinen. Hänen perheessään oli ongelmia, jotka aiheuttivat huolia ja johtivat syömisellä lohduttautumiseen. Hän otti kuitenkin vastaan uutta tietoa, ja kenties siitä on hänelle hyötyä myöhemmin, jos perhetilanne paranee. Elämäntapamuutoksia on vaikea aloittaa, jos mieliala ei ole normaalissa kunnossa. Silloin kannattaa odottaa parempaa aikaa.

Jos ylipainoa on yli 40 painoindeksin, äkillisen kuoleman vaara uhkaa. Silloin ei kannata odotella vuosikausia laihtumista. Kirurgisella hoidolla saavutetut tulokset auttaisivat nopeasti ja tehokkaasti. Ihmettelen, ettei tällaiselle henkilölle lääkäri ehdota järeämpiä toimenpiteitä kuin laihdutusryhmässä käymisen. Laihdutuslääkkeetkin saattaisivat auttaa. Lihavuuden vaarojen luulisi nykyisin olevan varsinkin lääkärin tiedossa. Itse ehdotin kyseiselle henkilölle ENE-valmistetta eli erittäin niukkaenergiaista dieettivalmistetta. Ovat kuulemma kamalan makuisia ja yhdyn täysin hänen mielipiteeseensä kokeiltuani itsekin niitä. Ainoastaan lounaspatukoita voi syödä. Tässä olisi tuotekehityksen paikka jollekin elintarvikeyritykselle.

Koulutustason ja lihavuuden yhteyksistä ei ryhmämme osalta voi vetää mitään johtopäätöksiä, sillä maaseutukaupungissa ei ole muutenkaan niin paljon hyvin koulutettua väkeä. Koulutetuin oli ryhmämme nuorin jäsen, joka itsekkin kärsi lievästä ylipainosta. Huomattavaa on, että vanhemmat osallistujat raportoivat olleensa nuorena normaalipainoisia. Nyt hyvin koulutettu 31-vuotias oli lihomisvaarassa. Tämä tukee tutkimustuloksia, joissa yhä nuoremmat ovat ylipainoisia. Eli nykyisin lihovat sekä nuoret että vanhemmat.

Painonhallintakurssin osallistujien muutokset parempaan suuntaan antavat viitteitä siitä, että ohjauksella ja ryhmässä toimimisella on merkitystä painonhallintaan. Vaikka kaikilla osallistujilla oli alussa halu laihtua, osa ei siinä onnistunut. Kaikille ei sovi samanmuotoinen elintapojen muutokseen tähtäävä toimintamuoto. Siksi olisikin tärkeää, että tarjolla olisi erilaisia tapoja hallita painoaan. Se voi onnistua yksinkin, mutta ihminen sosiaalisena olentona saa voimaa ryhmästä.

Ruokatottumusten on tutkittu parantuneen. Onko liikunta niin paljon vähentynyt, että lihotaan? Finravinnon tutkimuksiin ihmiset ovat itse ilmoittaneet käyttämänsä ruokamäärät. Voiko olla mahdollista, että sieltä ovat unohtuneet karkit ja suklaat ynnä grilliruoat? Aliraportointiahan tapahtuu tällaisissa tilanteissa. Nykyään kehoitetaan syömään monipuolisesti ravintoaineiden saannin turvaamiseksi. Mistä ihmiset saivat kaikki tarvittavat ravintoaineet esimerkiksi 1960-luvulla? Olihan silloin sydän- ja verisuonitauteja, johon puututtiin, mutta lihavia ei ollut nykyisiä määriä. Tarvitsemmeko sitä ruokavalikoimaa, joka meillä nykyisin on? Kumpi on terveellisempää, lautasellinen maitoperunoita ruisleivän kera vai pannupitsa coca-colan kanssa, johon on alle nautittu pikkulautasellinen kiinankaalisalaattia?

Vaikka lihavuusepidemiaan on reagoitu monella taholla, toimenpiteet eivät ole vielä riittävästi jalkautuneet kansan keskuuteen. Tilanne saattaisi olla vielä paljon pahempi, jos ei olisi tehty mitään, mutta nyt olisi viimeinen hetki tarttua asiaan voimallisesti. Eräs ryhmämme jäsen esitti läskiveroa ylipainoisille. Ehkä hän teki sen puoliksi leikillään, mutta tilanteesta huolissaan. Verotuksellisin keinoin voitaisiin vaikuttaa ainakin rasvojen laatuun ja sakkaroosin käyttöön. Alkoholiveron korotus olisi myös paikallaan, mutta silloin olisi vaara, että laiton tuonti naapurimaista kiihtyisi. Nythän koko suuri EU:n alue voisi yhdessä vaikuttaa

lainsäädännöllisin keinoin lihavuusepidemiaan. Onhan se tuottanut direktiivejä paljon pienemmistäkin asioista.

Yksi ei liho nykyisinkään samoilla elämäntavoilla kuin joku toinen. On silti ymmärrettävä, että ylipainoisuus ei ole vain joidenkin harvojen itse aiheuttama tila, vaan koko yhteiskunnan vitsaus. Terveelliset elämäntavat ovat kuitenkin kaikille hyödyksi. Nyt tulisi aloittaa elämäntapaohjaus koko kansalle alkaen lapsiperheistä. Ohjausta pitäisi jatkaa koulussa ja siitä eteenpäin. Tätä jo tapahtuukin toimenpideohjelmien mukaan, mutta se ei ole tarpeeksi kattavaa ja näkyvää, eikä etenkin tuntuva.

LÄHTEET

Ahvenniemi, T. 2009. Professori vesittäisi ateriat. Ilkka 08.10.2009, 2.

Dehko vaikuttaa koko maassa. Päivitetty 07.01.2009. [Verkkosivusto].
Diabetesliitto. [22.10.2009]. Saatavana:
http://www.diabetes.fi/index.php?lk_id=2

Erkkola, R. 2007. Painon lisääntyminen raskauden aikana. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 325 – 326.

Findikaattori. Päivitetty 22.09.2009. [Verkkopalvelu]. Tilastokeskus ja
valtioneuvoston kanslia. [Viitattu 27.10.2009]. Saatavana:
<http://www.findikaattori.fi/print/62/>

Finravinto 2007 –tutkimus. Päivitetty 31.03.2008. [Verkkosivusto]. Terveiden ja
hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 08.12.2009]. Saatavana:
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/ravitsemusyksikko/finravinto-tutkimus..>

Garcia, O. P., Long, K. Z. & Rosado, J. L. 2009. Impact of micronutrient deficiencies on obesity. Nutrition Reviews. 67 (10), 559 – 568.

Hakala, P. 2000. Paino hallintaan kotikonstein. Turku: Kansaneläkelaitos.

Kaunisto, M. Päivitetty 14.02.2008. Terveiden edistäminen ja kansantautien
ehkäisy. [Verkkosivusto]. Kuntaliitto. [22.10.2009]. Saatavana:
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;105662&print=true

Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2008. Oulun yliopisto. T2D:n ehkäisy Suomessa:
uudet DEHKO-tulokset. Esitelmä. 7. valtakunnallinen diabetespäivä
20.11.2008. Dipoli, Espoo.

Kukkonen, K. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Missä mennään ravitsemuksen ja
liikunnan edistämässä?: valtioneuvoston periaatepäätöksen toteuttamisesta.
Bolus. 15 (1), 32 – 33.

Kuvaja, A. 2006. Järkiruoalla on kysyntää: Suomesta ravitsemuksen edelläkävijä.
Kotitalous. 70 (5), 23.

- Manninen, K. 2005. Sinä onnistut: pysyvän painonpudotuksen salaisuudet. 3. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mannonen, P. 2008. Keventäjän kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mustajoki, P. 1999. Yksilöllinen painonhallinta. Juva: WSOY.
- Mustajoki, P. 2007. Ylipaino: tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mustajoki, P. 2009. Terveyskirjasto. [Verkkosivusto]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 04.11.2009]. Saatavana: www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?partikkeli=ltt01523
- Mustajoki, P. & Leino, U. 2002. Laihdu pysyvästi: hallitse painoasi. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Nurmi, T., Rekiaro, I. & Rekiaro, P. 1998. Sivistyssanakirja: yli 1200 sanaa. 8. p. Jyväskylä: Big Sur Oy ja Gummerus Kustannus Oy.
- OECD Factbook 2009: Obesity: long-term trends. [Verkkosivusto]. Organisation for Economic Co-operation and Development. [Viitattu 03.01.2010]. Saatavana: <http://puck.sourceoecd.org/vl=35751073/cl=30/nw=1/rpsv/factbook2009/11/01/04/index...>
- Oskarsson, M., Wesslen, A. & Björnstjerna, F. 2006. Parhaassa iässä: ruokaa, terveyttä ja hyvää oloa. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Pekurinen, M. 2005. Arvioita lihavuuden aiheuttamista kuluista v. 2004. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) 2006. Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21 – 22.
- Pietiläinen, K. 2009. Lihavuus on geeneissä: liikunta korjaa perimän vaikutusta. Ravitsemuskatsaus. 31 (2), 12 – 13.
- Rissanen, A. & Fogelholm, M. 2006. Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 14 – 17, 19 – 22.
- Salminen, V., Lindström, J., Louheranta, A. & Rastas, M. 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Suomen lääkärilehti. 57 (12).
- Syö hyvin, voi hyvin. [Verkkosivusto]. Maito ja terveys ry. [Viitattu 03.01.2010]. Saatavana: <http://www.maitojaterveys.fi/www/fi/aineistotilaus/index.php>

- Torpström, J. & Paganus, A. 2007. Potilaan ruokatottumusten selvittäminen. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 354.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma lyhyesti. 2003. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma: varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Tampere: Suomen diabetesliitto ry. 4.
- Uusitupa, M. 2006. Lihavuus ja terveys. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 24 – 27, 29, 33 – 35.
- Uusitupa, M. 2006. Perimä ja lihavuus. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus: ongelma ja hoito. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90.
- Uusitupa, M. 2007. Lihavuus. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2007. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 269, 378, 382, 401 – 402.
- Uusitupa, M. 2007. Ravitsemus ja diabetes. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2007. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 401 – 402, 423 – 424.
- Uusitupa, M. & Fogelholm, M. 2007. Antropometriset mittaukset. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. 2007. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 276, 278 – 279.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuosituksat: ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy.

LIITE 1: 1 (4)

Hyvä painonhallintaryhmään osallistuja

Olen Seinäjoen ammattikorkeakoulun kolmannen vuosikurssin aikuisrestonomiopiskelija Kauhajoelta. Teen opinnäytetyötäni parityönä kurssitoverini kanssa painonhallinnasta. Pyydän lupaa saada käyttää tämän lomakkeen tietoja sekä ryhmän kokoontumisen aikana saamiani kokemuksia opinnäytetyömme tekemiseen.

Saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja sitä käytetään vain tähän opinnäytetyöhön. Yksittäisen ryhmäläisen tiedot eivät tule esiin.

Riitta-Liisa Mattila

1. Annan luvan käyttää tietojani

Restonomiopiskelija
044 380 4358

2. Tietojani ei saa käyttää opinnäytetyöhön

ALKUKARTOITUSKYSELY PAINONHALLINTAAN LIITTYEN

Ympyröikää sopivin vaihtoehto tai kirjoittakaa se vastaukselle varattuun tilaan.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Nainen

2. Mies

2. Syntymävuosi_____

3. Paino_____kg

4. Pituus_____cm

5. Painoindeksi_____

2 (4)

6. Vyötärönympärys_____cm

7. Oikean käsivarren ympärys paksuimmalta kohdalta_____cm

8. Oikean reiden ympärys paksuimmalta kohdalta_____cm

Liikunnan harrastaminen

9. Harrastan liikuntaa mielestäni riittävästi 1. Kyllä 2. En

10. Harrastan jotain liikuntamuotoa_____kertaa viikossa.

11. Kerrallaan liikun noin_____minuuttia.

12. Liikuntalajini (voi mainita kaikki lajit, joita harrastaa nykyisin säännöllisesti)

1. Kävely 2. Juoksu 3. Hiihto 4. Uinti 5. Pyöräily 6. Erilaiset
joukkuepelit

7. Jokin muu, mikä?_____

13. Haluaisin löytää uuden mieluisan liikuntalajin 1. Kyllä 2. En

14. Työni on fyysisesti 1. Kevyttä 2. Keskiraskasta 3. Raskasta

15. Arkiliikuntaa harrastan 1. Vähän 2. Keskimukaisesti 3. Paljon

3 (4)

Ruokailutottumukset

16. Syön 1. Aamupalan 2. Aamupäivävälipalan 3. Lounaan

4. Iltapäivävalipalan
epäsäännöllisesti

17. Tiedän miten tulisi syödä oikeaoppisesti 1. Kyllä 2. En

18. Hallitsenko syömiseni 1. Kyllä 2. En

19. Hallitseeko syömiseni minua 1. Kyllä 2. Ei

Ylipainon syyt

20. Luulen ylipainoni johtuvan 1. Perinnölliset syyt

2. Liian vähäinen liikunta

3. Liian rasvainen ruokavalio

4. Makeanhimo

5. Epäsäännölliset ruokailuajat

6. Hallitsematon syöminen

7. Liian suuri ruokamäärä aterioilla

8. Hidas aineenvaihdunta

4 (4)

9. Jokin sairaus tai lääkitys

10. Tiedon puute

Laihdutus

21. Olen laihduttanut aikaisemmin 1. Kyllä 2. En

22. Laihdutusyrityksiä minulla on takana 1. 1-2 kertaa 2. 3-4 kertaa 3. 5 tai useampia

23. Painoni on yleensä noussut laihduttamisen jälkeen 1. Kyllä 2. Ei

24. Olen kokeillut seuraavia laihdutusmenetelmiä

25. Miksi haluan laihduttaa nyt? 1. Terveydelliset syyt

2. Ulkonäköseikat

3. Joku on huomauttanut painostani

4. Lääkäri on kehottanut laihduttamaan

5. Kohentaakseni itsetuntoani

6. Jokin muu syy, mikä_____

LIITE 2: 1 (5)

Hyvä painonhallintaryhmään osallistuja

Olet nyt käynyt 10 kokoontumiskerran painonhallintakurssin 3 kuukauden aikana läpi. Pyydän sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti, jotta opinnäytetyön tulokset olisivat totuudenmukaiset ja kurssia voitaisiin kehittää painonhallitsijoiden tarpeita vastaavaksi. Kurssin aikana ei ole ollut tarkoitus laihtua mahdollisimman paljon, vaan saada aikaan motivaatiota omasta terveydestä huolehtimiseen terveellisellä ruokavaliolla ja liikunnalla. Ylipainon kääntyminen hitaaksi painon alentumiseksi on toivottava ilmiö.

Tämäkin aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja vain tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Riitta-Liisa Mattila

1. Annan luvan käyttää tietojani

Restonomiopiskelija

2. Tietojani ei saa käyttää opinnäytetyöhön

044 38 04 358

_____allekirjoitus

2 (5)

LOPPUKYSELY PAINONHALLINTARYHMÄN PÄÄTTEEKSI

Ympyröikää sopivin vaihtoehto tai kirjoittakaa se vastaukselle varattuun tilaan.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Nainen

2. Mies

2. Syntymävuosi_____

3. Paino_____kg

4. Pituus_____cm

5. Painoindeksi_____

6. Vyötärön ympärys_____cm

7. Oikean käsivarren ympärys paksuimmalta kohdalta_____cm

8. Oikean reiden ympärys paksuimmalta kohdalta_____cm

Muutosvaihemalli

9. Jos tunnistat, missä muutosvaihemallin kohdassa olit ennen kurssin aloittamista, laita rasti rivin alkuun ja rasti rivin loppuun, missä olet nyt.

___1. Esiharkintavaihe: Muutostarvetta ei joko havaita tai ei haluta myöntää itselle. ___

___2. Harkintavaihe: Huomaa itse muutokseen olevan tarvetta, ja harkitsee vakavasti tekevänsä muutoksia seuraavan puolen vuoden sisällä. ___

3(5)

___3. Suunnitteluvaihe: Muutokseen ollaan valmiita lähiviikkoina ja uutta toimintatapaa on ehkä jo kokeiltukin. Tehdään valmisteluja ja pohditaan eri vaihtoehtoja. Matkaa pysyvään muutokseen on vielä jäljellä. ___

___4. Toimintavaihe: Siirrytään puheesta tekoihin. Tulee positiivisia ja negatiivisia kokemuksia. Riski vanhaan palaamiseen kasvaa. ___

___5. Ylläpitovaihe: Muutos on kestänyt yli puoli vuotta. Tullut osaksi pysyviä elämäntapoja. Ymmärrys kuuriluontoisten muutosyritysten kestäättömyydestä lisääntyy. ___

6. Repsahdusvaihe: Oleellinen osa muutosprosessia. Voi iskeä missä vaiheessa tahansa. Väliaikainen tila. Oletko kokenut näinä 3 kk:n aikana _____ ja _____ missä vaiheessa _____

Liikunnan harrastaminen tällä hetkellä

10. Harrastan liikuntaa mielestäni riittävästi 1. Kyllä 2. En

11. Harrastan jotain liikuntamuotoa _____ kertaa viikossa.

12. Kerallaan liikun noin _____ minuuttia.

13. Liikuntalajini (voi mainita kaikki lajit, joita harrastaa nykyisin säännöllisesti)

1. Kävely 2. Juoksu 3. Hiihto 4. Uinti 5. Pyöräily 6. Erilaiset
joukkuepelit

7. Jokin muu, mikä? _____

14. Olen löytänyt painonhallintakurssin myötä uuden mieluisan liikuntalajin

1. Kyllä 2. En

4 (5)

15. Työni on fyysisesti 1. Kevyttä 2. Keskiraskasta 3. Raskasta 4. En ole työssä

16. Arkiliikuntaa harrastan 1. Vähän 2. Keskinkertaisesti 3. Paljon

Ruokailutottumukset

17. Syön 1. Aamupalan 2. Aamupäivälipalan 3. Lounaan

4. Iltapäivälipalan 5. Päivällisen 6. Iltapalan 7. Syön epäsäännöllisesti

18. Painonhallintaryhmän myötä suhtautumiseni säännölliseen syömiseen ja terveelliseen ruokaan on muuttunut 1. Kyllä 2. Ei

19. Hallitsen nyt syömistäni paremmin kuin ennen 1. Kyllä 2. En

20. Mietin ruokaostokseni tarkemmin kuin ennen 1. Kyllä 2. En

Ylipainon syyt

21. Minulle on selvennyt ylipainooni johtaneet syyt tarkemmin painonhallintakurssin myötä 1. Kyllä 2. Ei

22. Luulen pystyväni vaikuttamaan ylipainon syihin nyt paremmin 1. Kyllä 2. En

23. Olen päättänyt, että en anna painoni nousta nykyisestä lukemasta, vaan mieluummin se laskee 1. Kyllä 2. En

Ryhmä ja vetäjä

23. Olen saanut ryhmäkokoontumisista vahvistusta itselleni 1. Kyllä 2. En

5 (5)

24. Olen voinut olla ryhmässä oma itseni 1. Kyllä 2. En

25. Olen saanut ryhmässä uutta tietoa painoa alentavasta käyttäytymisestä

1. Kyllä 2. En

26. Onko ryhmän vetäjän omalla painonhallintakäyttäytymisellä vaikutusta uskottavuuteen painonhallintaryhmän vetäjänä? 1. Kyllä 2. Ei

27. Oliko kurssin käyminen sinulle turhaa vai opitko jotain? Kerro omin sanoin päällimmäiset tuntemuksesi. _____

28. Jos aloittaisit nyt uudestaan painonhallintakurssin, mitä muuta siltä toivoisit kuin nyt on käyty läpi? _____

29. Jos tarvitsen lisätietoja opinnäytetyön tekemiseen, voinko ottaa sinuun yhteyttä myöhemmin? 1. Kyllä 2. Ei

KIITOS VASTAUKSISTASI JA MUKANA OLOSTASI. TOIVOTAN SINULLE TERVETTÄ LOPPUELÄMÄÄ KEVYEMMÄN KROPPASI SEURASSA!

Liite 3: 1 (3) YHTEENVETO PAINONHALLINTAKURSSIN SISÄLLÖSTÄ

- normaalipainoisen painoindeksi on välillä 18,5 – 24,9
- painoindeksi on paino kiloissa : pituus*pituus metreinä
- suositeltava vyötärön ympärys on naisilla kork. 80 cm, miehillä kork. 90 cm
- normaalipainoisena, terveellisesti syövä ja kohtuullisesti liikkuvana on mahdollisuus välttää monia elämänlaatua haittaavia sairauksia
- lautasmallin mukainen, säännöllisin välein tapahtuva ateriointi ehkäisee hallitsematonta syömistä

MUUTOSVAIHEMALLI:

1. Esiharkintavaihe
 - muutostarvetta ei joko havaita tai ei haluta myöntää itselle
2. Harkintavaihe
 - oma tilanne arvio on, että muutokseen on tarvetta
 - harkitsee vakavasti tekevänsä muutoksia seuraavan puolen vuoden sisällä
3. Suunnitteluvaihe
 - muutokseen ollaan valmiita lähiviikkoina ja uutta toimintatapaa on ehkä jo kokeiltukin
 - tehdään valmisteluja ja pohditaan eri vaihtoehtoja
 - matkaa pysyvään muutokseen on vielä jäljellä
4. Toimintavaihe
 - siirrytään puheesta tekoihin
 - tulee positiivisia ja negatiivisia kokemuksia

- riski vanhaan palaamiseen kasvaa

5. Ylläpitovaihe

- muutos on kestänyt yli puoli vuotta
- tullut osaksi pysyviä elämäntapoja
- ymmärrys kuuriluontoisten muutosyritysten kestämyksistä lisääntyy

2 (3)

- läheskään kaikki eivät pääse pysyvään muutokseen asti

6. Repsahdusvaihe

- oleellinen osa muutosprosessia
- missä vaiheessa tahansa
- ei kannata jäädä siihen, vaan ponnistella eteenpäin

7. Muutosvaihemallin soveltaminen

- yksilöllinen etenemistahti ja kesto aika eri vaiheissa
- liikunnassa ja ruokavalionmuutoksissa voi olla eri vaiheissa
- eteneminen vaiheesta toiseen ei ole suoraviivaista, voi tulla takapakkia

ENERGIANKULUTUS

- lepoenergiankulutus 60 %
- lihastyö 30 %
- ruoan aiheuttama energiankulutus 10 %
- samankokoisilla voi olla eroa jopa 1500 kcal:n verran päivittäisessä energiankulutuksessa
- energiankulutus laskee painon pudotessa ja iän karttuessa
- 250 kcal kuluu 90 kg:n painoiselta ihmiseltä 50 min. reippaassa kävelyssä, 25 min. reippaassa pyöräilyssä, 30 min. keskiraskaassa kuntosaliharjoittelussa, 40 min. rauhallisessa uinnissa
- kaikki liikunta kuluttaa energiaa, rasvanpoltto liikunta on turhaa kikkailua
- etsi liikuntalaji, joka sopii sinulle, ole kuitenkin avoin uusille kokeiluille
- harrasta jotain hapenottokykyä lisäävää kestävyyskuntoa sekä jotain lihaskuntaa lisäävää liikuntaa

- muista että kotityöt ja puutarhatyöt ovat myös liikuntaa
- jos ruoan energiamäärää vähennetään 250 kcal:lla ja sama energiavaje toteutetaan liikunnalla, paino putoaa noin 0,5 kg viikossa riippuen ihmisestä
- tällainen vauhti on mahdollista pitää yllä pitemmän aikaa
-

3 (3)

- jos kiloja on runsaasti pudotettavana, kannattaa kääntyä terveydenhuollon puoleen lisäapujen saamiseksi

RUOKAILU

- syö vähintään 3 – 4 tunnin välein kohtuullisen kokoisia ruoka-annoksia
- lisää vähäenergisiä ruoka-aineita ruokavalioosi unohtamatta kuitenkin pehmeitä rasvoja
- syö joka aterialla jotain valkuaispitoista, kylläisyys säilyy pidempään
- kiinnitä huomiota kuidun saantiin (25 – 35 g/pv)
- lisää kuitupitoisten hiilihydraattien määrää ruokavaliossasi ja vähennä sokerin ja valkoisten vehnäjauhojen käyttöä
- älä mene kauppaan nälkäisenä
- älä osta herkkuja vieras- eikä muuksikaan varaksi
- monipuolisesti syödessä ei tarvita lisäravinteita

LIITE 4: 1 (6)

Hyvä painonhallintaryhmään osallistunut

Noin ½ vuotta sitten osallistuit kansalaisopistossa painonhallintaryhmään, joka on osa restonomiopintojeni opinnäytetyötä. Ole ystävällinen ja vastaa vielä tähän seurantakyselyyn. Vastaamalla tuet opinnäytetyöni valmistumista. Palautathan kyselyn torstaihin 26.11.2009 mennessä. Kiitos!

Saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät tule tunnistettavasti esiin.

Riitta-Liisa Mattila

restonomiopiskelija

riitta-liisa.mattila@seamk.fi

044 380 4358

Jos tarvitset tarkennuksia kysymyksiin, voit ottaa minuun yhteyttä.

”Oikealla asennoitumisella uuden elämäntavan opettelu ei ole karmeaa pakkopullaa, vaan mielenkiintoinen matka uuteen elämään ja sinuun itseesi”, sanoo Katri Manninen.

2 (6)

SEURANTAKYSELY PAINONHALLINNASTA

Ympyröi sopivin vaihtoehto tai kirjoita se vastaukselle varattuun tilaan.

Taustatiedot

1. Sukupuoli a) Nainen b) Mies
2. Syntymävuosi_____
3. Tämän hetkinen paino_____kg
4. Pituus_____cm
5. Painoindeksi_____ (kyselyn tekijä voi laskea)
6. Vyötäröympärys_____cm
7. Lantion ympärys_____cm
8. Oikean käsivarren ympärys paksuimmalta kohdalta_____cm
9. Oikean reiden ympärys paksuimmalta kohdalta_____cm

10. Asetitko itsellesi painotavoitteen ryhmään tullessasi a) En b) Kyllä _____kg vähennystä

11. Koulutus a) kansakoulu b) keskikoulu c) ylioppilas

d) ammattikoulu e) opistotaso f) ammattikorkea g) yliopisto e) jokin muu, mikä_____

3 (6)

12. Perhetilanne tällä hetkellä, ketä asuu kotona a) itseni lisäksi puoliso b) itseni lisäksi puoliso ja lapsia c) olen sinkku d) olen leski

13. Onko lasten syntymän jälkeen jäänyt ylimääräisiä kiloja (kysymys koskee naisia) a) Ei b) Kyllä_____kg/lapsi

14. Vaikuttavatko lomamatkat tai lomat painoosi a) Ei b) Kyllä, miten_____

15. Jos olet tupakoinut ja lopettanut polttamisen, onko paino noussut

a) Ei b) Kyllä_____kg

16. Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin yössä?_____

17. Oliko lapsuudenperheessäsi tai nykyisessä perheessäsi ylipainoisuutta, kenellä?

a) omalla äidilläni b) omalla isälläni c) sisaruksillani tai osalla heistä

d) puolisoillani e) lapsillani tai osalla heistä f) muilla sukulaisilla_____

—

18. Jos sinulla on todettu jotain seuraavista sairauksista, ympyröi ne kohdat (ei tarvitse vastata, jos tuntuu liian arkaluonteiselta kysymykseltä)

a) Sydän- ja verisuonitaudit: sepelvaltimotauti, aivohalvaus, kohonnut verenpaine tai sydämen vajaatoiminta

b) Aineenvaihduntasairaudet: metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes, kohonneet veren rasva-arvot (koholla oleva kolesterolitms.) tai kihti

4 (6)

c) Uniapnea tai Pickwick-oireyhtymä

d) Maha-suolikanavan sairaudet: sappikivet tai ruokatorven refluksitauti

e) Nivelrikko

f) Syöpätaudit: naisilla kohdun runko-osan, sappirakon, sappiteiden, kohdunkaulan tai munasarjan syöpä; miehillä paksusuolen, peräsuolen tai eturauhasen syöpä

Liikunnan harrastaminen tällä hetkellä

19. Harrastan liikuntaa mielestäni riittävästi a) Kyllä b) En

20. Harrastan jotain liikuntamuotoa _____ kertaa viikossa

21. Kerrallaan liikun noin _____ minuuttia

22. Liikuntalajini (voi mainita kaikki lajit, joita harrastaa nykyisin säännöllisesti)

a) Kävely b) Juoksu c) Hiihto d) Uinti e) Pyöräily

f) Kuntosali g) Ohjattu jumppa

h) Jokin muu, mikä? _____

23. Olen löytänyt painonhallintaryhmän myötä uuden mieluisan liikuntalajin tai olen muuten lisännyt fyysistä aktiivisuuttani. a) En b) Kyllä, mitä tai miten _____

24. Työni on fyysisesti a) Kevyttä b) Keskiraskasta c) Raskasta d) En ole työssä

5 (6)

25. Arkiliikuntaa harrastan nykyisin a) Vähän b) Keskinkertaisesti c) Paljon

Ruokailutottumukset

26. Syön a) Aamupalan b) Aamupäivälipalan c) Lounaan

d) Iltapäivälipalan e) Päivällisen f) Iltapalan g) Syön epäsäännöllisesti

27. Hallitsen nyt syömistäni paremmin kuin ennen a) En b) Kyllä, miten _____

28. Mietin ruokaostokseni ja kaupassa käyttäytymiseni tarkemmin kuin ennen a) En b) Kyllä, miten _____

29. Olen kiinnittänyt huomiota rasvan määrään ja laatuun a) En b) Kyllä, miten _____

30. Olen lisännyt kuitua ruokavaliooni a) En b) Kyllä, miten _____

31. Olen vähentänyt suolaa ruoastani a) En b) Kyllä,
miten_____

Painonhallinnan muotoja

32. Jos nyt olisi tarjolla erilaisia vaihtoehtoja aloittaa painonpudotus, valitsisin

a) Yksin

6 (6)

b) Yksin, nettikurssina

c) Yksin, mutta henkilökohtaisen valmentajan tai terveydenhoitajan opastuksella

d) Pienellä ystäväporukalla

e) Ryhmässä, jossa keskustelua ja liikuntatuokioita, koulutettu vetäjä

f) Ryhmässä, jossa teoriaa ja käytännön ruoanvalmistusta, koulutettu vetäjä

g) En aloittaisi enää lainkaan, olen luovuttanut

h) En aloittaisi, sillä olen jo tavoitteessani

i) Jokin muu, mikä_____

33. Jos tarvitset ryhmän tukea painonhallintaasi, kuinka pitkäkestoisesti haluaisit ryhmäsi kokoontuvan ja kuinka usein? Meidän ryhmämme kokoontui noin kerran viikossa 3 kuukauden ajan

34. Mitä toimia pitäisi mielestäsi tehdä, etteivät ihmiset lihoisi niin helposti?

Voisiko yhteiskunta osallistua voimakkaammin lihavuusepidemian torjumiseen

ja miten?

KIITOS VASTAUKSISTASI , HYVÄÄ JA KEVYTTÄ JOULUNODOTUSTA!